*Antropologia Mèdica*



# IMAGO CIVITATIS

## Hospitales y manicomios en Occidente

Josep M. Comelles, Antoni Conejo,
Josep Barceló-Prats (coords.)




UBe


MA
RC
MEDICAL
ANTHROPOLOGY
RESEARCH
CENTER

# IMAGO CIVITATIS

## Hospitales y manicomios en Occidente

Coordinado por
Josep M. Comelles
Antoni Conejo
Josep Barceló-Prats







Tarragona, Barcelona, 2018

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili
Av. Catalunya, 35 · 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat
www.publicacions.urv.cat



Edicions de la Universitat de Barcelona
Adolf Florensa, s/n · 08028 Barcelona
Tel.: 934 035 430 · Fax: 934 035 531
comercial.edicions@ub.edu
www.publicacions.ub.edu

Colección Antropologia Mèdica, 27
1.ª edición: noviembre de 2018
ISBN URV (papel): 978-84-8424-671-8
ISBN URV (PDF): 978-84-8424-672-5
ISBN EUB (paper): 978-84-9168-179-3
ISBN EUB (PDF): 978-84-9168-180-9

DOI: 10.17345/9788484246718
Depósito legal: T

Obra de la cubierta: Pieter Bruegel el Viejo, «Die Krüppel» (1568).
Museo del Louvre, París.

Fotografía de contracubierta: Puerta del Preventorio La Sabinosa (Tarragona).



 Cita el libro.

 Consulta el libro en nuestra web.

Obra sometida al proceso de evaluación de calidad editorial por el sistema de revisión por pares según las normas de la colección Antropologia Mèdica.

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas y de la Xarxa Vives, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

SUMARIO

# ATENDER AL EXTRAÑO Y AL CIUDADANO. HACIA UNA ECONOMÍA POLÍTICA DE LAS INSTITUCIONES Y PRACTICAS ASISTENCIALES[1]

Josep M. Comelles
*Universitat Rovira i Virgili. Medical Anthropology Research Center (MARC). Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social*

Antoni Conejo
*Universitat de Barcelona. Institut de Recerca en Cultures Medievals (IRCVM). Departament d'Història de l'Art*

Josep Barceló-Prats
*Universitat Rovira i Virgili. Medical Anthropology Research Center (MARC). Departament d'Infermeria*

**Resumen**: Mezclar historia y etnografía parece una combinación muy arriesgada. Sin embargo, desde un punto de vista metodológico, las herramientas técnicas que derivan de la etnografía son vistas cada día con más interés por los historiadores tanto por sus efectos en la narrativa histórica como por el uso, cada vez más habitual, de fuentes de naturaleza etnográfica. Ambas disciplinas se encuentran en la base de los capítulos que conforman este libro, cuyo objetivo es poner de relieve las potencialidades del estudio histórico de hospitales y manicomios. A modo de introducción del libro, este capítulo repasa los fundamentos culturales que han permitido el desarrollo de las instituciones de asistencia en Occidente.

**Palabras clave**: historia, etnografía, hospitales, manicomios.

1 Este capítulo se inscribe en el proyecto HAR2015-64150-C2-1-P [MINECO/FEDER, UE] Reforma sanitaria y promoción de la salud en el tardofranquismo y la Transición democrática: nuevas culturas de la salud, la enfermedad y la atención (I.P. Enrique Perdiguero-Gil de la Universitas Miguel Hernández). Nuestro agradecimiento a Eduardo Bueno-Vergara, Lina Casadó, Pablo Gutiérrez, Pilar León, Salvatore Marino, Enrique Perdiguero-Gil, Jerònia Pons, Margarita Vilar y Alfons Zarzoso.

---

Comelles, Josep M.; Conejo, Antoni y Barceló-Prats, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 7–30. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

*Attend to the stranger and the citizen. Towards a political economy of the healthcare institutions and the attendance practices*

**Abstract**: Mixing history and ethnography seems a very risky combination. However, from a methodological point of view, the technical tools that derive from ethnography are used frequently by historians for their effects on historical narrative and for the increasingly usual use of ethnographic sources. Both disciplines are at the base of the chapters that make up this book, whose objective is to highlight the potential of the historical study of hospitals and asylums. As an introduction to the book, this chapter reviews the cultural concepts that allowed the development of assistance institutions in the Occident.

**Keywords**: History, Ethnography, Hospitals, Asylums.

## *Introducción*

Este libro nace a partir de la celebración, en abril de 2016, del V Simposio Internacional «Els Abrils de l'Hospital», cuyo *leitmotiv* fue «Historia y Etnografía Hospitalarias». El encuentro, que tuvo lugar en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona y en el Institut Pere Mata de Reus —probablemente el único manicomio etiquetado como Patrimonio Cultural de la Humanidad por la UNESCO—, tuvo por objeto, al igual que los que le precedieron y que vienen realizándose desde 2012 por iniciativa del Institut de Recerca en Cultures medievals (IRCVM) de la Universitat de Barcelona, poner en relación a estudiosos e investigadores de diferentes ámbitos y adscripciones para, de esta manera, ayudar a visibilizar las potencialidades del estudio histórico de los hospitales.

Bautizar al referido simposio con el nombre de «Els Abrils de l'Hospital» no fue casual. Escoger el mes de abril fue un modo de conmemorar, de forma simbólica, la fundación del Hospital de la Santa Creu de Barcelona, en el año 1401, y reivindicarlo como modelo hospitalario de referencia, que lo fue, para todo el territorio de la Corona de Aragón.

Las instituciones públicas de asistencia han tenido y tienen, desde la Edad Media, un rol fundamental y activo en la configuración del espacio urbano, social, cultural, económico y político, puesto que son piezas clave para la reproducción de la propia idea de «comunidad» o de «ciudad». Por este motivo, algunas disciplinas —de muy diversa índole—, han convertido su estudio histórico en un observatorio privilegiado, por la propia naturaleza de estos establecimientos, para capturar realidades imposibles de entrever desde otros escenarios de la ciudad. Sin duda alguna, la apro-

ximación interdisciplinar, incluso a veces ecléctica, sobre el hospital ha resultado ser muy atractiva al permitir hacer porosos los límites entre la historia, las ciencias sociales, la economía, el derecho y los estudios culturales.

### *La atención y el cuidado como prácticas culturales*

Ni a la Antropología ni, en general, a las Ciencias Sociales y Humanas les interesó, antaño, la economía política de la atención a las personas dependientes. Utilizamos, conscientemente, una terminología moderna. «Personas dependientes» suele remitir a personas que necesitan «tutela», «asilo», «cuidado» y, en general, «hospitalidad» o «acogida» (Gotman, 2001). Esto es, prácticas sociales destinadas a responder a su desamparo por incapacidad, limitaciones o inexistencia de sus grupos primarios de referencia. Personas afectadas por «males» físicos, biológicos o sociales, por «plagas» o por enfermedades para las que carecían de soporte social· La antropología francesa (Augé y Herzlich, 1984) desarrolló una interesante propuesta del «mal», como concepto cultural, mucho más amplio que el de «enfermedad» —vinculado, éste último, a una noción esencialmente médica en lo que hace referencia al lenguaje popular y, también, al culto—.[2] Algo más tarde, Terradas (1994) amplió el debate en torno a los riesgos de la naturalización de los «males», un tema también abordado por escritos post-foucaultianos (Dupont, 1984) y que se convirtieron, posteriormente, en claves para discutir sobre un eventual «proceso de medicalización» en el mundo antiguo y su relación con la práctica médica, social y política (Corvisier, 1985; Terray, 1990). Este proceso de medicalización se inscribió en una serie de relatos míticos o de naturaleza más o menos etnográfica sobre la «hospitalidad» y la «acogida» (Pitt-Rivers, 1971) que han tenido continuidad hasta hoy (Gotman, 2001) y que, con algunas matizaciones relativas a su extensión, corresponden a la noción de «atención» o «asistencia» en el proceso denominado de «salud, enfermedad y atención» descrito como un hecho estructural universal (Menéndez, 2003, 2005). En el Occidente judeo-cristiano e islámico, sin duda, todo ello dio lugar no solo a un discurso cultural, ético y moral, sobre la hospi-

2 Esta distinción se debate en la literatura antropológica desde los cincuenta y sesenta del siglo pasado, a partir de la distinción entre el *cure* y el *care* (Comelles, 1992).

talidad, sino también a la fundación de instituciones formales —como los hospitales o los asilos— para proveerla (Comelles *et alii*, 1991).

«Atender», en el lenguaje habitual, remite a prácticas terapéuticas, a menudo intervencionistas, pero también a la hospitalidad relacionada con la urbanidad y la civilidad. Si la atención es una práctica común en grupos primarios o más allá de ellos, el concepto de hospitalidad remitía, inicialmente, a la atención al *barbaroi*, forastero o extraño, esto es aquellas personas que carecían de grupo primario de referencia (Pitt-Rivers, 1971; Miller, 1985). La hospitalidad, en el mundo clásico, fue sacralizada en el mito de Filemón y Baucis (Reinés, 1840) y su práctica descrita en la arena doméstica, vecinal y, en general, local, en textos como la *Odisea*, los *Evangelios* o las *Mil y una Noches*, entre otros. Coinciden en contar las prácticas derivadas de la obligación moral de acoger y ofrecer «calor de hogar» a las personas desamparadas.

El desarrollo en Occidente de instituciones privadas o públicas para garantizar la tutela y la atención de aquellas personas a las que los grupos primarios ya no podían atender es un particularismo histórico del que puede trazarse su genealogía, sin solución de continuidad, desde las *polis* de la Antigüedad tardía (Constantelos, 1968, 1992; Miller, 1985; Nutton, 1981) hasta los dispositivos hospitalarios de la actualidad (Risse, 1999). Fundados como alternativa a la acción de los grupos primarios, estos establecimientos se sitúan en la encrucijada entre conceptos como el de «mal» y los discursos filosóficos, médicos, religiosos, sociales y políticos sobre la respuesta adecuada al infortunio. Es esta concatenación la que permite hablar y abordar, desde una perspectiva científica, de una economía política de las fundaciones hospitalarias y de su significado social y cultural, sin el cual su creación, mantenimiento y reproducción carecerían de sentido. Tanto en la *polis* como en la *civitas*, tanto en las ciudades cristianas como en las califales, los hospicios, los hospitales o los maristanes no fueron —ni son—, simplemente, el fruto de la acción individual sino del sentido que adquiere esa vocación en forma de filantropía individual o colectiva, en contextos culturales determinados, y que, como veremos, se inscribe siempre en un marco de regulación jurídica.

En Occidente, sus raíces deben buscarse en el concepto de «persona jurídica» compilado en el *Digesto* del siglo v (Rodríguez de Fonseca, 1872). Esta figura legal, con las adaptaciones y desarrollos necesarios, ha permitido, hasta hoy, la creación y la regulación del funcionamiento de las fundaciones asistenciales. La clave de bóveda jurídica consiste en asegurar

que la voluntad del otorgante —en forma de testamento, legado, limosna o donación— sea respetada a perpetuidad o en los límites temporales que el legatario establezca en forma de acto jurídico documentado. En la medida en que las fundaciones asistenciales, desde sus inicios hasta hoy mismo, son establecimientos «locales» —esto es, enraizados en un territorio determinado— el otorgante pretende asegurar no solo la continuidad de la institución mucho más allá de su muerte sino, también, de la *res publica* en que se inserta para garantizarlo (Barceló y Comelles, 2016). Un buena síntesis de ello está en un documento preparado por los Administradores del Hospital de Vic en el año 1853:

> El hospital de Terrades tiene el carácter de particular […] pues fue fundado por un particular Ramón de Terrades, mercader, natural de Vich y vecino de Mallorca, como consta en su último testamento que otorgó el 6 de abril de 1348. […] Los patronos designados por el fundador, D. Ramón de Terrades, eran los antiguos *consellers*, a los cuales ha sucedido el Ayuntamiento de Alcalde y regidores, y en virtud de concordia celebrada con el cabildo de esta Santa Catedral, en el año 1525, fue este admitido también a dicho patronato y por mira y atención a ese patronato misto es como desde aquella muchos bienhechores han legado y donado sus bienes a este Santo Hospital, por la confianza que les inspiraba, viendo que el Cabildo formaba parte de la Junta. […] Aunque la Administración del mismo sea presidida por el alcalde y compuesta por dos canónigos y dos vecinos, uno de estado noble y el otro de estado llano, no por eso deja de tener el hospital la calidad de particular. Pues que si el Ayuntamiento tiene alguna inspección y derecho en el referido hospital es por habérselo concedido el fundador […] porque previó que las familias a veces mudan de domicilios o con el tiempo se acaban y pasa que, en los siglos venideros, como se ha visto, tuviesen los enfermos pobres un asilo dejó al cuidado de este establecimiento a la municipalidad que es un cuerpo permanente.[3]

Los autores del documento, canónigos con sólida formación jurídica —como era el caso habitual—, destacan, como valor primordial, que no hay solución de continuidad entre el momento fundacional, en la Edad media, hasta la fecha. Sin embargo, los miles de establecimientos asistenciales fundados en la Europa cristiana, el Oriente islámico y la América Virreinal sí ponen de relieve la evolución entre una concepción especializada de las instituciones, cuyo ejemplo más clásico —entre otros— serían

3 Arxiu Històric de la Diputació de Barcelona (AHDB), *Funcionament Hospital de la Santa Creu de Vic*, 1853-1854, caja 760, expediente 5.

las leproserías, y otra inespecífica, etiquetada como *Spital general*, y que acogía, como describen las Ordinaciones de la Sancta Creu de Barcelona, a todo tipo de «hòmens e dones pobres, afollats, contrets, orats, nafrats e havent altres misèries humanes, infantsgitats e altres persones miserables de diversesnacions e condicions» (Fuster, 1960: 192). El mismo proceso de medicalización de los hospitales generales explica la especialización de los mismos a partir de la Modernidad y la creación, por su parte, de instituciones específicas para el campo más genérico de la acción social, como las casas de caridad o los hospicios y, en la actualidad, el conjunto del dispositivo socio-sanitario.

El desarrollo de instituciones exigió el desarrollo de herramientas normativas y jurídico-políticas de clasificación o diagnóstico de las personas susceptibles de ser acogidas, lo que hoy llamamos comúnmente «cartera de servicios». Tanto es así que, tras la fundación de los primeros hospitales generales en la Antigüedad tardía (Constantelos, 1968, 1992; Miller, 1985), se desarrollaron dos conceptos derivados del de *pauper* (Mollat, 2006) y que corresponden a la definición empírica de una «pobreza económica» y de una «social» que convertía a las personas que pudieran etiquetarse como tales en asistibles por esos establecimientos (Patlagean, 1977). En la medida que las fundaciones asistenciales pasaron a ser regidas por el derecho, estos criterios se convirtieron en norma para ofrecer seguridad jurídica futura a las disposiciones de los fundadores, a los derechos de los asistidos y a su propia condición de sujetos de derecho en Occidente (Imbert, 1947; Ourliac, 1989; Berman, 2009). La flexibilidad del concepto de *pauper* hizo que pudiera aplicarse al *barbaroi* pero también al convecino, esto es aquel miembro de la *polis* o la *civitas* afectado por el desamparo, extraño en su propia ciudad.[4] La distinción entre «pobreza de solemnidad» —económica— y «pobreza vergonzante» —social y cultural— que ha llegado al siglo xx, fue indispensable para resolver el problema del derecho de acceso a las instituciones que garantizaban su tutela en términos jurídicos.

Por todo ello, los establecimientos de asistencia forman parte indispensable de una arena económica, social, política y, sobre todo, cultural. Económica porque las instituciones deben financiarse; social porque el derecho de asilo parte de criterios económicos, jurídicos, políticos y, ob-

4 Esta terminología tiene continuidad en los términos de beneficencia, ayuda mutua o solidaridad del lenguaje actual (Canals, 2002; Kropotkin, 2009).

viamente, sociales de clasificación de las personas; política porque el significado de estas instituciones se inscribe en la *res publica*; y cultural puesto que el significado de la institución es el que conduce a la ciudadanía a incorporarlo a la vida cuotidiana como un referente fundamental en los recursos que la ciudad —o más tarde el Estado— ponen a su servicio. En cambio, el discurso ético, moral o religioso sobre la filantropía, la caridad o la beneficencia —términos muy próximos entre ellos— son una sanción necesaria, pero no indispensable, hasta en tanto el derecho a la asistencia se ha convertido en un derecho universal de la ciudadanía.

## *Etnografía, economía e historia*

La documentación relativa a las instituciones hospitalarias es importantísima. Lo fue, precozmente, por la necesidad de ofrecer garantías jurídicas documentadas a los fundadores, por la de asegurar la honestidad de los administradores y por la de evaluar sus vicisitudes iniciales o sus eventuales reformas. Con el paso del tiempo, patronos y administradores tuvieron la evidente y permanente necesidad de evaluar los objetivos y las prácticas de sus establecimientos y ello se tradujo en la producción de escritos necesarios para preservar las voluntades fundacionales. El conjunto de toda esa documentación es muy diversa y compleja. Una parte tiene que ver con lo jurídico: documentos notariales, sumarios judiciales, reglamentaciones y textos legislativos. Otra, con lo económico-administrativo: básicamente, libros de cuentas y de admisiones. Finalmente, una tercera parte con lo que podemos considerar evaluaciones: informes, correspondencias, reportes de terceros, entre otras muchas (Marino, 2014). Estas últimas son fundamentales para comprender y explicar la vida cotidiana de las instituciones e inferir su significado en cada contexto histórico (López-Terrada y Ferragud, 2017).

Queremos destacar, por su especial valor heurístico, la documentación basada en narrativas etnográficas neo-hipocráticas y que incluye descripciones naturalistas de las prácticas de las instituciones, de su organización y funcionamiento. Incluso los reglamentos pueden verse como la reacción para poner coto a lo que sus redactores consideran malas prácticas fruto de su propia experiencia. Esas fuentes incluyen también correspondencias, informes externos, visitas, fuentes impresas, libros, fascículos, panfletos y textos periodísticos, entre otros. Junto a descripciones más

o menos sistemáticas, puramente descriptivas, no es infrecuente la crítica económica y política sobre los gestores, responsables o administradores o, incluso, denuncias de su falta de celo.[5]

### *Historiadores y etnógrafos*

La historia y la etnografía contemporáneas sobre las instituciones de asistencia son relativamente recientes. Quizás debamos matizarlo. Existe una historiografía conmemorativa de algunos hospitales destinada a su memoria, sin más pretensión. Esta literatura, a menudo, permite el acceso a series documentales desconocidas anteriormente. En cambio, la escritura etnográfica sobre los establecimientos fue, como hemos señalado, una práctica constante desde muy antiguo.

La diferencia entre ambas es muy importante. En el caso de la historiografía conmemorativa lo que se pretende es un ejercicio de memoria local e independiente de los contextos generales. Mientras, la escritura etnográfica desarrollada en todas las instituciones tenía como objeto resolver cuestiones derivadas de su funcionamiento cotidiano o de la necesidad de describirla ante las demandas de los poderes públicos o de los propios administradores. Eso explica que tras la publicación, en 1915, del *Flexner Report* (Flexner, 1972), cuya aplicación provocó cambios revolucionarios en la organización, gestión y administración de los nuevos hospitales (Chapman, 1924), se impulsase el uso de la etnografía como herramienta de evaluación. Esta tarea, desarrollada especialmente desde 1920, dio lugar a la sociología de organizaciones y a buena parte de la sociología médica (Bachmeyer y Hartman, 1944; Freidson, 1963) y convirtió al hospital en objeto de estudio específico. Hasta finales de los cincuenta, buena parte de la investigación, en manos de sociólogos y etnógrafos de campo, se centró en diagnósticos de la situación y evaluaciones de los cambios que se ponían en práctica, especialmente, en su organización profesional,

5 Dos ejemplos, relativos al Hospital de la Santa Creu de Barcelona, son los *Dictamenes médico-higiénicos de la Comisión Facultativa inspectora del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona…* (Ajuntament de Barcelona: 1848), fruto de una inspección externa del Hospital, o la novela naturalista, *Los misterios del Hospital* (Suñé y Molist, 1883) con descripciones densas de la vida cotidiana del establecimiento. En el resto de España no se deben negligir los *Catálogos de Hospitales*, desde finales del siglo xix, o el contenido de algunas enciclopedias (Madoz, 1845-1850).

administración y gestión. Una parte de esas aportaciones fueron publicadas en revistas de ciencia social aplicada[6] y dieron lugar a posteriores análisis historiográficos contextuales, como los de Starr (1982), para el dispositivo hospitalario norteamericano. En este sentido, hay que destacar la monumental aportación de Risse (1999) que engloba, desde una perspectiva histórica global, la evolución de sus prácticas y significados en el proceso de medicalización de los hospitales. La primacía de la etnografía y de la sociología profesionales deben entenderse como una continuidad en la producción de la documentación administrativa que ya estaba presente, anteriormente, en los archivos hospitalarios. La diferencia es que la nueva etnografía, la teoría antropológica y la sociología profesional del siglo xx aportaron conceptos novedosos y un mayor rigor metodológico que el de los anteriores etnógrafos neo-hipocráticos y positivistas.

En cambio, la historiografía profesional tardaría mucho más en abordar la temática. Uno de sus puntos de partida se ubica en el primer gran libro colectivo de sociología hospitalaria, compuesto por estudios etnográficos y sociológicos (Freidson, 1963), en el que el compilador incluyó un texto de George Rosen (1963) fundamental, por su valor programático, para un abordaje interdisciplinar del hospital:

> Una sociología histórica del hospital requiere establecer sus condicionamientos políticos y económicos, su estructura social, su sistema de valores, su cultura organizativa, y sus cambios sociales en relación con las condiciones de salud y necesidades de la población en distintos momentos históricos (Rosen 1963: 2).

Su propuesta, influida por Max Weber, aún tardaría un par de décadas en desarrollarse plenamente. Los hospitales, en 1963, no estaban todavía en la agenda de la historiografía general, entre otras cosas porque en Europa, tras la implantación masiva de los seguros sociales públicos una vez terminada la II Guerra Mundial, aún se estaba produciendo la transición desde el viejo hospital pre-flexneriano al nuevo modelo. La casi coincidencia temporal del texto de Rosen con la traducción, en 1964, como *Madness & Civilization* de la *Folie et déraison* (Foucault, 1961) hizo que a la propuesta de una historia social de Rosen se le añadiese y difundiese, globalmente, la de una historia crítica cultural de las instituciones. Aun-

6 Una excelente antología de esos textos esta en (Herzlich, 1970) y en el número 5 de la revista *Papers* (1975) publicada por la Universitat Autònoma de Barcelona.

que George Rosen hablaba de hospitales y Michel Foucault de asilos, éste último se interesó rápidamente por el significado de los primeros (Foucault 2001; 1979; 1990), no cabe duda que ambos situaron al hospital en la agenda historiográfica internacional. Aunque Foucault cita de pasada a Rosen, su impacto y los debates que suscitaron algunas de sus propuestas, como el *Grand Renfermement* —producto de un «franco-republicano-centrismo» que comparte con Castel (1976)—, fueron un revulsivo global para situar al hospital, definitivamente, en un primer plano de la investigación y explican la evolución posterior de ésta. En la medida en que podemos contemplar este panorama con una perspectiva de cuatro décadas, si bien es cierto que la agenda de Rosen hoy puede considerarse un hecho consolidado, dudamos que sin el impacto de Foucault ese desarrollo hubiese sido posible. Ello queda muy de relieve en algunos estados de la cuestión recientes, entre los que se incluyen algunos de los textos de este libro.[7]

### *La etnografía profesional*

La antropología y la sociología profesionales aportaron a la etnografía institucional técnicas de campo, conceptos analíticos y una metodología y teoría rigurosas. Mucha procedía de estudios de campo sobre *small communities* (Stanton y Schwartz, 1954; Caudill, 1959). El resultado son *thick ethnographies* (Geertz, 1985) centradas sobre el análisis de las causas y las pautas de resolución de los conflictos internos (Stanton y Schwartz, 1954; Caudill, 1959) que involucraban a los estamentos profesionales —las *two lines of authority*— (Smith, 1955, 1958), la descripción de la vida cotidiana y la evaluación de la concordancia entre las prácticas descritas y los objetivos institucionales en los nuevos experimentos asistenciales, como las comunidades terapéuticas (Jones, 1959; Rapoport, 1968).

La mayor parte de los estudios etnográficos sobre hospitales, hasta finales de los cincuenta, corresponden a debates económico-políticos y técnicos. Por un lado, los problemas de gestión de los nuevos modelos de

7 Hay diversas revisiones de la historiografía reciente de hospitales (Henderson, Horden, Pastore, 2007a; Huguet-Termes, *et alii*, 2014).

hospital.[8] Por el otro, la crisis del custodialismo psiquiátrico, detectada en los Estados Unidos durante la II Guerra Mundial, que motivaría un amplio elenco de estudios evaluativos ya citados. Inevitablemente, la reconversión o cierre de los manicomios y la reforma y adaptación de los hospitales generales, a sus nuevas carteras de servicios, se inscriben en la economía política tanto desde el punto de vista puramente económico, caracterizado por la hegemonía del pago por estancia y el desarrollo de los seguros de enfermedad,[9] como desde el punto de vista social, político y cultural al obligar a revisar las prácticas habituales de confinamiento en las instituciones civiles, sanitarias y penales. El resultado fue el concepto de «institución total» fruto de una mirada etnográfica y de una propuesta teórica. *Asylums* (Goffman, 1961) es coetáneo a *Folie et déraison*. Ambos, junto con la obra de George Rosen (1985) sobre las relaciones entre política y salud pública, fueron los puntos de partida de una revisión —desde un punto de vista histórico, etnográfico y metodológico— del significado social, cultural y político de las instituciones asistenciales y de las de confinamiento. Punto de partida porque la investigación posterior deriva o debe establecer sus distancias con ellos. Las preguntas nucleares ya no eran únicamente las evaluaciones para la reforma, sino que se preguntaban sobre el significado político del despliegue de una enorme diversidad de dispositivos institucionales de *care* en el contexto de los Estados modernos y su proyección social y cultural. En la agenda de la evaluación de nuevas experiencias, la etnografía sigue siendo la herramienta más poderosa y la más conflictiva desde el punto de vista de la crítica cultural y política. Por eso se desarrollaron otro tipo de indicadores y estrategias más *light*, como la *grounded theory* —que tiene muy poco de teoría—.

En cambio, en el análisis de la economía política el abordaje más frecuente ha sido historiográfico, aunque la mirada etnográfica y las herramientas de análisis cultural se han revelado indispensables para desvelar sus significados culturales ocultos. Estos son fundamentales, puesto que,

8 En España repercutieron en los años cuarenta y cincuenta del siglo pasado a partir de la fundación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) y de las necesidades de reforma del dispositivo de beneficencia y privado. Hay aportaciones de valor etnográfico interesantes en escritos de la época especialmente en la revista *Estudios de Hospitales y Beneficencia* publicada desde 1956 (Pons-Pons y Vilar-Rodríguez, 2016; Comelles, Alegre-Agís y Barceló-Prats, 2017; León y Sarrasqueta, 2017).

9 Para España véase a este respecto (Pons-Pons y Vilar-Rodríguez, 2014).

aunque los dispositivos tienen una misión político-económica específica —una cartera de servicios explícita—, su funcionamiento no se limita a la aplicación de prácticas protocolizadas, sino que están permeados por formas culturales o significados simbólicos sin los cuales es imposible comprender su realidad actual y los significados que adquieren más allá de su cartera de servicios (Comelles, Alegre-Agís y Barceló-Prats, 2017). La enorme producción historiográfica posterior ha seguido, en el caso de las instituciones, unas líneas maestras identificables desde las posiciones marxistas, más o menos clásicas, como el análisis marxista estructural sobre las formas de legitimación de las instituciones en el Estado moderno y el papel de los intelectuales orgánicos en ella (Castel, 1976, 1984; Castel, Castel y Lovell, 1980; Scull, 1979). Buena parte de la historiografía anglosajona de hospitales y manicomios, que por razones prácticas ponemos aquí en el mismo cajón, ha incorporado con relativa rapidez el proyecto sociológico y etnográfico subyacente en Rosen, así como los desarrollos teóricos de la sociología, la antropología y los estudios culturales de ciencia y tecnología. Monografías como la pionera de Rothman (1971), sobre la economía política de las instituciones asistenciales norteamericanas en la época *jacksoniana*, o la de Rosenberg (1987) y su concepto de «hospital doméstico» (Long, 1989), abrían las puertas a una posible etnohistoria de los hospitales pre-flexnerianos (Salmón *et alii*, 1990; Martín *et alii*, 1993) que se iban distanciado de las tesis más radicales de Foucault. Este fue el caso, por ejemplo, de la fundación de la nueva enfermería en Groninga en el siglo xviii (Bueltzingsloewen, 1997) que se aleja absolutamente del *renfermement*. La historiografía hospitalaria más crítica ha asumido la condición del hospital como *small community* y en ella se refleja un estilo narrativo mucho más influido por la etnografía. Los mejores ejemplos son los *snapshots* sobre las distintas etapas de la evolución de los hospitales propuesta por Gunther Risse (1999) y que significa una inflexión, bastante radical en la tradicional escritura historiográfica, en su voluntad de construir una narrativa menos condicionada por la escritura administrativa y la documentación de escribanía.[10]

10 Tres ejemplos de este nuevo tipo de escritura se han desarrollado en algunas obras recientes de antropólogos y antropólogas con vocación historiográfica y que proponen modos de narrativa etnográfica experimental (Comelles, 2006; Cover, 2015; Martin Zapirain, 2015).

### *El caso de España*

Hasta hace más o menos un cuarto de siglo, en España, la historiografía de las instituciones asistenciales había girado en torno a dos líneas programáticas. La más antigua, de naturaleza conmemorativa y nacionalista en un Estado en el que apenas se iniciaba el despliegue del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) falangista, trataba de presentar a España como un ámbito en el que la idea de la acción social no había tenido límites. Obras como la de Rumeu de Armas (1941), Jiménez Salas (1958) y algo menos Fuster (1960), entre otras, reivindicaban la primacía de la caridad en casi todos los ámbitos de la acción social, pero sin articularlo con debates intelectuales que ponían de relieve el fracaso de las propuestas teóricas que los alimentaban (Maravall, 1972). Bastantes de las monografías sobre hospitales publicadas hasta aquellas fechas obedecían, principalmente, a encargos realizados como consecuencia de conmemoraciones seculares, muchas veces con criterios puramente positivistas, o derivaban de tesis de doctorado, también rígidamente encuadradas en una historiografía positivista, siguiendo la estela trazada, entre otros, por Josep Danón (1967) sobre la Santa Cruz de Barcelona y publicada más tarde por la Fundación Vives i Casajuana (Danón, 1978). Ambas líneas constituyen la base del centenar largo de monografías publicadas sobre hospitales en España con resultados desiguales, a menudo por ser sus autores eruditos locales, escasamente conectados con el mundo académico o publicaciones aisladas con poca distribución y escritas en las distintas lenguas del Estado.[11] La mayor parte de esa producción queda al margen de las propuestas ya citadas. La producción posterior, esta sí muy influida por esas aportaciones en un sentido u otro, fue relativamente escasa, salvo quizás en el campo del medievalismo (Conejo, 2013). La principal referencia actual sobre hospitales, entre la Edad Media y la *early modernity*, es el libro *Ciudad y Hospital en el Occidente Europeo (1300-1700)* (Huguet-Termes *et alii*, 2014) que refleja la normalización internacional de la historiografía hospitalaria en España. Puede añadirse, a nivel europeo pero con distintos artículos

11 No existe un compendio bibliográfico de monografías, artículos o capítulos de libro sobre hospitales publicados en España. Aunque podemos afirmar que hay más de un centenar de monografías específicas relativamente accesibles pero que carecen, aún, de un estado de la cuestión bien articulado. Algunas pistas sobre Cataluña están en Huguet-Termes *et alii*, (2014) y Barceló (2017). En referencia a la Corona de Aragón, también es indispensable la obra de López Terrada (1999).

sobre el dispositivo español, la compilación realizada por Bonfield *et alii* (2013). La presencia en ambos libros, como editora, de Teresa Huguet Termes contribuye a visualizar un incipiente cluster de historiadores e investigadores de distintas procedencias, principalmente historiadores del arte y del patrimonio, urbanistas y antropólogos, que permiten ir más allá de la historiografía positivista. Los contenidos de este libro, como veremos, redundan en este sentido.

Si el rango temporal en Bonfield *et alii* (2013) va de la Alta Edad Media a 1960, *Ciudad y Hospital*, en cambio, solo alcanza la *Early modernity*, aunque la introducción de Reinharz *et alii* (2013) permite complementar las dimensiones teóricas y metodológicas de ambos libros. Además, el marco ideológico analizado por (Arrizabalaga, 1999) amplia algunos de los elementos teóricos también presentes en algunos de los capítulos de Risse (1999). En el caso de España esos elementos son particularmente relevantes por la hegemonía de los modelos filantrópico-benéficos hasta la segunda mitad del siglo XX, en parte alimentado por el papel asistencial y administrativo de determinadas órdenes religiosas. El peso ideológico del escolasticismo en estos temas es indispensable para comprender, en España, la genealogía de los discursos orgánicos sobre la asistencia y la asistibilidad de los ciudadanos que derivará en conceptos como la Beneficencia liberal.

Discrepamos, en relación a los estudios hospitalarios, de la idea de «trocear» cronológicamente su historia. Defendemos, en cambio, que cualquier genealogía hospitalaria no puede construirse sin una lógica de *longue durée* (Comelles *et alii*, 1991; Barceló-Prats y Comelles, 2014), puesto que el *embodiment* del significado de las instituciones en el Occidente europeo, especialmente a nivel local, está en la quintaesencia de la institución y de su persistencia temporal como *imago civitatis*. La institución pública de asistencia tiene un papel estructural en la ciudad, desde la Alta Edad Media al siglo xxi, puesto que es una pieza clave en la reproducción de la propia idea de comunidad. Por eso el análisis de su significado no puede reducirse a su articulación con las estructuras estatales modernas ya que, en la mayoría de estados actuales, las instituciones han seguido en manos de las administraciones locales en cuyo seno se fundaron. Por eso es fundamental la posibilidad de entender las tensiones seculares entre lo local y lo estatal, sin cortapisas temporales, puesto que determinadas dialécticas históricas no pueden trocearse, aunque es normal que muchas investigaciones deban necesariamente acotarse en periodos breves.

*Los contenidos del libro*

Hablar de historia y etnografía, en la actual coyuntura histórica, parece una combinación muy arriesgada. Pero sólo lo parece. Lo cierto es que, desde un punto de vista metodológico, las herramientas técnicas que derivan de la etnografía son vistas cada día con más interés por los historiadores tanto por sus efectos en la narrativa histórica como por el uso, cada vez más frecuente, de fuentes específicamente etnográficas o de naturaleza etnográfica, como hemos señalado anteriormente. Es por ello que, este libro debe considerarse, en buena parte, una obra coral que supera, sobradamente, la frontera entre historia general e historia de la medicina, por incluir en él especialistas de ambos campos junto a historiadores del arte y del patrimonio, urbanistas y arquitectos, antropólogos y otros científicos sociales.

A partir de algunas aportaciones al encuentro, el libro resultante se organiza en dos ámbitos. En primer lugar, con el título «El hospital como espacio de producción simbólica», se engloban ponencias presentadas en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona que estuvieron centradas en hospitales generales. En segundo lugar, bajo el título de «Los espacios de la locura», se encuentran las que se ocupan de los manicomios y su crisis y que fueron presentadas en la sala de distinguidos —primorosamente restaurada— del Institut Pere Mata de Reus. Con esta distinción se abarcan dos realidades históricamente muy bien diferencias y que, asimismo, han dado lugar a líneas complementarias de investigación, aunque en prácticamente todas pueden observarse la articulación entre etnografía e historiografía.

*El hospital como espacio de producción simbólica*

El hospital es un espacio de significados y de producción simbólica e identitaria. Frederic Aparisi y Carmel Ferragud lo abordan a partir del l'hospital de Santa Llúcia d'Alzira, un hospital rural en un municipio relativamente pequeño. Ponen de relieve su papel en la producción de la identidad local y su texto enlaza con las aportaciones de Coral Cuadrada, que revisa la evolución de esos pequeños hospitales locales en la archidiócesis de Tarragona hasta el siglo xix, y de Marta Sancho que hace lo mismo en los hospitales de montaña del Pirineo durante el periodo medieval.

Clara Jáuregui desentraña el papel de las leproserías medievales barcelonesas para cuestionar el discurso convencional sobre la segregación de los leprosos. Su aportación, al centrarse en un periodo muy limitado —acotado entre 1379 i 1397— pero con una documentación muy rica en valor etnográfico, permite explorar las posibilidades de una narrativa etnográfica.

Pol Bridgewater refleja la interacción en la Barcelona del siglo xv entre los administradores de la Santa Creu, el Consell de Cent y el Capítol de la Catedral. Se trata de una «etnografía densa», a partir de la documentación existente, sobre los conflictos entre partidos y estamentos que permite aproximarse a la sociología organizativa de la institución.

Las aportaciones de Laura Davi se ocupan de un pequeño hospital barcelonés dedicado a sacerdotes enfermos, que existió hasta la Guerra Civil de 1936, y que atesora un retablo de Pere Nunyes. El retablo le permite a la autora reconstruir las relaciones entre la filantropía y la beneficencia, la ciudad y la producción artística.

### *Los espacios de la locura*

El debate sobre los espacios en que se albergaron o se albergan los locos ha sido un tema recurrente en la historiografía y la etnografía. Las aportaciones a esta parte efectúan un recorrido cronológico desde la acogida de locos en las ciudades europeas e islámicas del Medievo hasta nuestros días. Cecilia Tasca y Mariangela Rapetti lo describen a partir del Hospital del Gloriós San Antoni en Cagliari (Sicilia) entre la Edad media y la moderna.

Iván Sánchez, Alicia Fernández, Cristina Schubert y Alba Vilardell analizan, por su parte, el «Proyecto médico Razonado para la construcción del Manicomio de la Santa Cruz» publicado en 1860 por Emili Pi i Molist, el ejemplo más serio y riguroso de manicomio moral construido en la Península Ibérica y que marca los inicios del alienismo moderno en España.

Ciro Tarantino se hace eco de la construcción, evolución y crisis de los manicomios destinados a «locos judiciales», esto es a pacientes recluidos por orden del juez en Italia y su relación con la legislación de excepcionalidad propia. Analiza los efectos sobre ellos del proceso de desinstitucionalización fruto de la *Legge Basaglia* de 1978. Esta ley enmarca también la aportación de Ciro Pizzo sobre sus efectos en la reinserción

social de los pacientes y el marco de contradicciones que suscita el problema de su inserción socio-laboral.

Elisa Alegre-Agís, a partir del proceso de desinstitucionalización, explora sus efectos en relación al nuevo papel que se atribuye a la hospitalización doméstica de los locos, fruto del cierre de los manicomios tradicionales en Cataluña.

Por su parte, Ilaria Cover aborda el problema de la implicación del etnógrafo en el medio manicomial a partir de su experiencia de campo con mujeres internas en un hospital mental en Alejandría (Egipto). Su texto pone de relieve la repercusión del trabajo de campo sobre la etnógrafa y sus efectos en relación con la implicación personal.

La desinstitucionalización ha tenido como efecto la necesidad de recuperar instituciones manicomiales desafectadas. Esther Diana, para concluir este libro, aborda el caso de las instituciones en Toscana, como ejemplos urbanísticos y arquitectónicos singulares en las ciudades europeas y la posibilidad de insertarlas en usos alternativos con el objeto de respetar la memoria asociada a esos edificios.

*Bibliografía*

Ajuntament de Barcelona (1848) *Dictámenes médico-higiénicos de la Comisión Facultativa Inspectora del Hospital General de la Santa Cruz de Barcelona, nombrada el 12 de diciembre de 1847 por el alcalde corregidor de la ciudad*. Barcelona: Imp. A. Brusi.

Arrizabalaga, Jon (1999) «Poor relief in Counter-Reformation Castile». En Grell, Ole P.; Cuningham, Andrew; Arrizabalaga, Jon (eds.) *Health care and por relief in Counter-Reformation Europe*. Londres-Nueva York: Routledge. Pp. 151-176.

Augé, Marc y Herzlich, Claudine (1984) *Le sens du mal*. Paris: Editions des Archives contemporaines.

Bachmeyer, Arthur C. y Hartman, Gerhard (1944) *The Hospital in Modern Society*. New York: Commonwealth Fund.

Barceló-Prats, Josep (2017) *Poder local, Govern i assistència pública: el cas de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona*. Tarragona: Arola Editors.

Barceló-Prats, Josep y Comelles, Josep M. (2014) «Hospitales, economía política y la identidad cultural catalana». En: Campos, Ricardo; González, Ángel; Porras, Mª Isabel; Montiel, Luis (eds.) *Medicina y poder político*. Madrid: SEHM y Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Pp. 347-352.

— (2016) «La economía política de los hospitales locales en la Cataluña moderna». *Asclepio*, 68(1), 127–143.

Berman, Harold J. (2009) *Law and Revolution, the Foramtion of the Western Legal Tradition*. Harvard: University Press.

Bonfield, Christopher; Reinarz, Jonathan; y Huguet-Termes, Teresa (2013) *Hospitals and Communities 1100-1960*. Oxford: Peter Lang.

Bueltzingsloewen, Isabelle V. (1997) *Machines à instruire, machines à guérir. Les hôpitaux universitaires et la medicalisation de la société allemande 1730-1850*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.

Canals, Josep (2002) *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar*. [Tesis doctoral.] Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

Castel, Robert (1976) *L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme*. París: Éditions de Minuit.

Castel, Francine; Castel, Robert y Lovell, Anne (1980) *La Sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo Norteamericano*. Barcelona: Anagrama.

Caudill, William (1959) «The Psyquiatric Hospital as Small Society». *American Anthropologist*, 61(4): 714–716.

Chapman, Frank E. (1924) *Hospital organization and operation*. London: The Macmillan company.

Comelles, Josep M. (1992) «Cuidar y curar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria». *Rol revista de Enfermería*, 15(172), 35–41.

— (1993). «Milagros, santos vírgenes y médicos. La institucionalización del milagro en la Europa Cristiana». En Romaní, Oriol y Comelles, Josep M. (Eds.), *Antropología de la Salud y de la Medicina*. La Laguna: VI Congreso de Antropología FAAEE/ACA. Pp. 166–192.

— (1996) «Fe, carismas y milagros. El poder de curar y la sacralización de la práctica médica contemporánea». En González-Alcantud, José A. y Rodríguez-Becerra, Salvador (Eds.) *Creer y Curar. La Medicina popular*. Granada: Diputación Provincial de Granada. Pp. 301–336.

— (2006) *Stultifera navis: la locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Editorial Milenio.

— (2013) «Hospitals, Political Economy and Catalan Cultural Identity». En Bonfield, Christopher; Reinarz, Jonathan y Huguet-Termes, Teresa (Eds.) *Hospitals and Communities 1100-1960*. Oxford: Peter Lang. Pp. 183–207.

Comelles, Josep M.; Daura, Angelina; Arnau, Marina; Martín, Eduardo (1991) *L'Hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*. Valls, Institut d'Estudis Vallencs.

Comelles, Josep M.; Alegre-Agís, Elisa y Barceló-Prats, Josep (2017), «Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán», *Kamchatka. Revista de Análisis Cultural*. 10: 57-85.

Conejo, Antoni (2010) «La financiación de los hospitales de la Corona de Aragón durante la baja edad media». En Cavachiocchi, Simoneta (Ed.) *Le interazioni fra economia e ambiente biológico nell'Europa preindustriale, secc. xiii-xviii*. Firenze: Istituto Internazionale di Storia Economica «F. Datini» e Firenze University Press. Pp. 437–444.

— (2013) «L'estudi dels hospitals a l'edat mitjana: una història sense punt i a banda». *SVMMA*, 2: 3–4.

Constantelos, Demetrios J. (1968) *Byzantine Philanthropy and Social Welfare*. New Jersey: Rutgers University Press.
— (1992) *Poverty, Society, and Philanthropy in the Late Medieval Greek World.* New Rochelle: Aristide D. Caratzas Pub.
Corvisier, Jean N. (1985). *Santé e Société en Grèce ancienne*. Paris: Economica.
Cover, Ilaria (2015) *Open walls: the experience of psychiatric institutionalization through Egyptian women's drawings*. [Tesis doctoral] Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
Danón, Josep (1967) *El Hospital general de Santa Cruz de Barcelona: año 1401*. [Tesis Doctoral] Barcelona: Universitat de Barcelona.
— (1978) *Visió Històrica de l'Hospital de Santa Creu de Barcelona*. Barcelona, Publicacions de la Fundació Salvador Vives.
Dupont, Florence (1984). «Pestes d'hier, pestes d'aujour d'hui». *Histoire, économie et société*, 3(4): 511–524.
Flexner, Abraham (1972) *Medical Education in the United States and Canada. Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 80). New York: The Carnegie Foundation.
Foucault, Michel (1961) *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Librairie Plon.
— (1979) *Les Machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles: P. Mardaga.
— (1990) «Incorporación del Hospital a la tecnología moderna». En *La vida de los hombres infames*. Madrid: Ediciones la Piqueta. Pp. 156–173.
— (2001) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI editores.
Freidson, Eliot (1963) *The hospital in modern society*. New York: Free Press of Glencoe.
Fuster, Joaquín (1960) «Orígenes y evolución de la asistencia psiquiátrica en el Instituto Mental de la Santa Cruz». *Anales Del Hospital de La Santa Cruz Y San Pablo*, 20(2): 173–235.
Geertz, Clifford (1985) *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa Editorial.
Goffman, Erving (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Penguin Random House.
Gotman, Anne (2001) *Le sens de l'hospitalité: essai sur les fondements sociaux de l'accueil de l'autre*. París: PUF.

Henderson, John; Horden, Peregrine y Pastore, Alessandro (2007) *The impact of Hospitals 300-2000*. Bern: Peter Lang.

Herzlich, Claudine (1970). *Medecine, Maladie et Société: Recueil de textes presentés et commentés*. DeenHaag: Walter de Gruyter.

Huguet-Termes, Teresa; Verdés-Pijoan, Pere; Arrizabalaga, Jon y Sánchez-Martínez, Manuel (2014) *Ciudad y hospital en el Occidente Europeo. 1300-1700*. Lleida: Milenio.

Imbert, Jean (1947) *Les hopitaux en droit canonique*. París: Vrin.

— (1966) *Les hopitaux en france*. París: PUF.

Imbert, Jean; Mollat, Michel (1982) *Histoire des hôpitaux en France*. Tolouse: Privat.

Jiménez Salas, María (1958). *Historia de la asistencia social en España en la edad moderna*. Madrid: Instituto Balmes de Sociología, Departamento de Historia Social, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Jones, Maxwuel (1959) «Towards a Clarification of the Terapeutic Community Concept». *British Journal of Medical Psycology*, 32: 200–205.

Kropotkin, Piotr (2009) *La ayuda mutua*. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana.

León, Pilar; Sarrasqueta, Pilar (2017) «Caracterización de los tipos de Hospitales a través la revista "Estudios sobre Hospitales y Beneficencia" (1955-1968)». En Zarzoso, Alfons y Arrizabalaga, Jon (eds.) *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo xxi*. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols y Institució Milà i Fontanals (CSIC). Pp. 137-142.

Long, Diana E. (1989), *The American general hospital: communities and social contexts*. Ithaca: Cornell University Press.

López-Terrada, M. Luz (1999) «Health care and poor relief in the crown of Aragon». En Grell, Ole. P.; Cunningham, Andrew y Arrizabalaga, Jon (eds.) *Health care and poor relief in Counter-Reformation Europe*. London and New York: Routledge. Pp. 177-200.

López-Terrada, M. Luz ; Ferragud, Carmel (2017) «Per a la salut humana i benefici comú de la República: el Hospital General de València, su gestión económica y oligarquía urbana». En Zarzoso, Alfons y Arrizabalaga, Jon (eds.) *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo xxi*. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad

Española de Historia de la Medicina (SEHM), Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols y Institució Milà i Fontanals (CSIC). Pp. 497-502.

Madoz, Pascual (1845-1850) *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar*. Madrid: Establecimiento tipográfico de P. Mados y L. Sagasti.

Maravall, José A. (1972) *Estado moderno y mentalidad social: (siglos xv a xvii)*. Madrid: Revista de Occidente.

Marino, Salvatore (2014) *Ospedali e città nel Regno di Napoli. Le Annunziate: istituzioni, archivi e fonti. (secc. xiv-xix)*. Nápoles: Biblioteca dell'Archivio storico italiano. Vol.35.

Martín, Eduardo; Comelles, Josep M.; Arnau, Marina (1993) «El proceso de medicalización en los hospitals catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls». *Dynamis*, 13: 201–234.

Martín Zapirain, Itxaso (2015) *Escribiendo la locura, la submemoria y el/los silencio/s: mujeres devenidas vacío como espejo del orden social y moral*. [Tesis doctoral] Bilbao: Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

Menéndez, Eduardo L. (1984) «El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud». *Arxiu d'Etnografía de Catalunya*, 3: 84–119.

— (2005) «El modelo médico y la salud de los trabajadores». *Salud Colectiva*, 1(1), 9–32.

Miller, Timothy S. (1985) *The birth of the hospital in the Byzantine Empire*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Mollat, Michel (2006) *Les pauvres au Moyen Âge*. París: Editions Complexe.

Nutton, Vivian (1981) «Continuity or rediscovery: the city physician in Classical Antiquity and in the Middle Ages». En Russell, Andrew L. (Ed.) *The Town and State Physician in Europe, from the Middle Ages to Enlightment*. Wolfenbüttel: Herzog August Bibliothek. Pp. 10–46.

Ourliac, Paul (1989) «Le droit social du Moyen Age». En *Histoire du droit social : mélanges en hommage à Jean Imbert*. Paris: PUF. Pp. 448–456.

Pons-Pons, Jerònia y Vilar-Rodríguez, Margarita (2014) *El seguro de salud privado y público en España. Su análisis en perspectiva histórica*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

— (2016) «El sistema hospitalario catalán: el predominio de lo privado sobre lo público (1942-1986)». En *XIV Trobada de la Societat Catalana*

*d'Història de la Ciència i de la Tècnica, 27-28 Octubre*. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.

Reinés, Rafael (1840) *Compendio de Mitología y de las metamorfosis de Ovidio con un extrato de la historia Romana*. Barcelona: Imprenta de D. Francisco Oliva.

Patlagean, Évelyne (1977) *Pauvreté économique et pauvreté sociale à Byzance, 4e-7e siècles*. The Hague: Mouton.

Pitt-Rivers, Julián (1971) *Tres ensayos de Antropología estructural: Contexto y modelo; La ley de la hospitalidad; Derecho de asilo y hospitalidad sexual en el Mediterráneo*. Barcelona: Anagrama.

Rapoport, Robert R. (1968) «Comunidades Terapéuticas». En Sills, David (ed.) *Enciclopeida internacional de las ciencias sociales. Madrid: Aguilar.*

Reinharz, Jonathan; Bonfield, Christopher y Huguet-Termes, Teresa (2013) «Introduction: hospitals and communities». En Bonfield, Christopher; Reinarz, Jonathan y Huguet-Termes, Teresa (eds.) *Hospitals and communities 1100-1960*. Bern: Peter Lang. Pp. 1–17.

Risse, Guenter B. (1999) *Mending bodies, saving souls: a history of hospitals*. Oxford: University Press.

Rodríguez de Fonseca, Agustín (1872) *El Digesto del emperador Justiniano traducido y publicado en el siglo anterior por el licenciado*. Madrid: Imprenta de Ramón Vicente.

Rosen, George (1963) «The Hospital: historical sociology of a community institution». En Freidson, Eliot (ed.) *The hospital in Modern Society*. New York and London: The Free Press. Pp. 1–36.

Rosenberg, Charles E. (1987) *The care of strangers: the rise of America's hospital system*. New York: Basic Books.

Rothman, David J. (1971) *The discovery of the asylum: social order and disorder in the new republic*. New York: Aldine de Gruyter.

Rubio Vela, Agustí (1984) *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo xiv*. Valencia: Instituto Alfonso El Magnánimo y Diputación Provincial de Valencia.

Rumeu de Armas, Antonio (1941) *Historia de la Previsión social en España. Cofradías, Gremios, hermandades, Montepíos (Vol. XI)*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión.

Salmón, Fernando; García-Ballester, Luís y Arrizabalaga, Jon (1990) *La Casa de Salud Valdecilla, origen y antecedentes: la introduc-*

*ción del hospital contemporáneo en España*. Santander: Ed. Universidad de Cantabria.

Scull, Andrew T. (1979) *Museums of Madness: The Social Organitzation of Insanity in 19th Century England*. New York: St. Martin Press.

Smith, Harvey L. (1955) «Two lines of authority are one to much». *Modern Hospital*, 84: 54-64.

— (1958) «Two lines of authority: The hospitals dilemma». En Gartly, Jaco (ed.) *Physicians, patients and illnes*. Glencoe: The Free Press. Pp. 469–477.

Stanton, Alfred H. y Schwartz, Morris S. (1954) *The mental hospital: A study of institucional participation in psyquiatric illness and treatment*. New York: Basic Books.

Starr, Paul (1982) *The social transformation of American Medicine*. New York: Basic books.

Suñe y Molist, Luís (1883) *Los misterios del hospital*. Barcelona: Guillermo Parera.

Terradas-Saborit, Ignasi (1994) *La qüestió de les colònies industrials: l'exemple de l'Ametlla de Merola* . Manresa: Centre d'Estudis de Bages.

Terray, Emmanuel (1990) *La Politique dans la Caverne*. Paris: Editions du Seuil.

Tropé, Héléne (1994). *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos xv al xvii*. València: Diputació de València.

# PRIMERA PARTE
# EL HOSPITAL COMO ESPACIO DE PRODUCCIÓN SIMBÓLICA

# HOSPITALS RURALS A LA VALÈNCIA BAIXMEDIEVAL: EL CAS DE L'HOSPITAL DE SANTA LLÚCIA D'ALZIRA

Frederic Aparisi
*Universitat de Lleida*

Carmel Ferragud
*Institut Interuniversitari «López Piñero»*

**Resum:** El present treball pretén esbossar les característiques bàsiques d'un hospital rural valencià durant la baixa Edat Mitjana a partir del cas concret de l'hospital de Santa Llúcia d'Alzira. La seva fundació data, almenys, de la primera meitat del segle XIV, encara que és probable que, donada l'entitat de la vila, existís des de la centúria anterior. Els recursos econòmics amb què va explicar el centre al llarg de la baixa Edat Mitjana van ser més aviat escassos, el que va conduir a la definitiva unificació amb altres hospitals de la vila a la fi del segle XV.

**Paraules clau:** hospital rural, Edat Mitjana, País Valencià.

*Rural Hospitals in Valencia during the late Middle Ages: the case of the Sta. Llúcia's Hospital in Alzira*

**Abstract**: This paper seeks to outline the main features of a rural Valencian hospital in the later Middle Ages focusing our attention on the Sta. Llúcia's Hospital in Alzira. It was founded in the first half of the 14th century despite it could be erected before. The economic assets of the centre throughout the Middle Ages were rather scarce, leading to the ultimate unification with the others hospitals of the town at the end of the 15th century.

**Keywords**: rural hospitals, Middle Ages, Valencian Country.

COMELLES, Josep M.; CONEJO, Antoni y BARCELÓ-PRATS, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 33–55. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

## *Introducció*

Alzira va ser una de les viles reials més importants del regne de València, en tant que considerada el quart nucli poblacional, amb uns 1600 focs o llars per al període comprés entre 1375 i 1418, uns 7500 habitants, que la situaven únicament per sota dels 8000 focs de la ciutat de València i dels aproximadament 3000 de la ciutat de Xàtiva o de Morella (Furió, 1995: 184-188). Això sí, s'ha de remarcar la davallada demogràfica del segle xv, ja que en 1451 la població se situaria en uns 4.000 habitants per passar en 1469 a uns 3000. La diferència poblacional amb els altres nuclis esmentats explica que Alzira sempre es localitzés per sota en la documentació referent als parlaments o actes de Corts, i que tot i ser una vila destacada dins del braç reial, únicament va aportar un síndic a les Corts de Martí l'Humà —com la resta de viles de reialenc—, enfront dels dos representats de Xàtiva i Morella i els quatre representats de la capital (Bernabéu Borja, 2014). A més del seu volum demogràfic, l'adquisició de privilegis i franqueses reials atorgaren a la vila certa singularitat política, mentre que el seu gran dinamisme socioeconòmic li va permetre esdevenir un autèntic centre artesanal i de mercat rural comarcal (Martínez Araque, 2012: 41-47). La consideració d'aquests trets permeten identificar Alzira com un nucli fonamental en l'estructuració del territori comprés entre la capital de regne i la ciutat de Xàtiva, el que alhora s'insereix en un procés més ampli d'articulació de la xarxa urbana de la Corona. Alzira tenia un terme municipal amb uns 20 poblats (llocs), dels quals nou li pertanyien directament, però, a més, tenia un districte fiscal i jurisdiccional més ampli (Furió, 1986: vol I, 94-107). Només hi va quedar un petit reducte de població musulmana a la moreria de la vila, que es degradaria de mica en mica, amb la posterior conversió i expulsió dels moriscos, en 1609.

Com era habitual en els centres rurals del regne de València, com arreu de la Corona d'Aragó, en la vila es va fundar un hospital, sota l'advocació, en aquest cas, de Santa Llúcia. Un hospital que, tot s'ha de dir, tingué una vida llarga, ja que fou clausurat per la Generalitat Valenciana en 1997, després que fos inaugurat l'hospital de la Ribera. Seguí així un tret ben peculiar posat en relleu per Comelles (2013: 206) per als hospitals de la Corona d'Aragó, açò és, una durada secular, en la que l'hospital aconseguí adaptar-se a les circumstàncies socials, polítiques i econòmiques, i a totes les penúries i dificultats que s'hi oposaren al llarg del temps, tot esdevenint un emblema de la identitat cultural local.

El d'Alzira pertanyia a una xarxa hospitalària àmplia nascuda en l'època medieval, que encara està per estudiar en la major part del territori valencià. El fenomen requereix un esforç de recerca que, per contra, sí s'ha fet, o es troba en curs, en altres indrets de la Corona d'Aragó (Villagrasa, 2015). Només algun hospital concret, com ara el de Sant Marc de Gandia, o el de Castelló de la Plana, han merescut una atenció monogràfica (Olaso, 1988; Revest Corzo, 1947), però la panoràmica general dels hospitals valencians encara està per fer.

Fins els petits llogarets rurals del regne, ja fossen de llocs de reialenc o de senyoriu comptaren amb hospitals i, com no, també a la comarca que ens ocupa, la de la Ribera del Xúquer. La documentació que en conservem, però, per a aquesta zona és escassa, particularment si volem conèixer en profunditat aquestes institucions.[1] Poques excepcions podem adduir. Recentment, han estat restaurats tres antics registres dels segles xv al xvii, de l'hospital d'Albalat de la Ribera, petitíssim indret que va pertànyer a diversos senyors fins esdevenir finalment propietat dels Borja. En 1292, sembla que Constança d'Anglesola i Pere de Benviure, llavors els seus senyors, fundaren l'hospital de la vila. Als llibres de l'hospital, extraordinaris, es pot trobar la gestió del «majordom» (comptable) i l'«hospitaler», l'alimentació dels pobres, els soterrars, o els pagaments a l'apotecari. Però també tingué una funció d'acollir viatgers de pas; en 1593 es pagaven uns diners per a sostenir un frare italià que arribà malalt a l'hospital, i també a un portuguès.[2] Humils ingressos, humils intencions…

Dissortadament, no conservem cap registre propi de l'hospital de Santa Llúcia d'Alzira que ens permeta donar compte de la seua activitat interna, la seua gestió i administració quotidiana, els residents, les seues malalties i tractaments, els empleats, etc. Però el fet que el protagonisme absolut de la seua gestió recaigués sobre els jurats de la vila ens ha permès recollir molta informació. El present treball es basa, doncs, en documentació provinent de l'Arxiu Municipal d'Alzira, un dels més importants del País Valencià pel que fa al fons baixmedieval que custodia. N'hem fet un

1 Coneixem alguna lleixa com la feta per Bernat Manibles a l'hospital de Sant Joan de Cullera (19/10/1442), o la del traginer Joan Garcia (25/10/1475) al d'Algemesí (Pons, 1987: 257). Són símptomes d'aquesta presència hospitalària.

2 Arxiu Municipal d'Albalat de la Ribera, *Libre dels censos que es reponen a l'Hospital* (1484), I.3.605a; De l'Espital de Albalat. De les rebudes y dates (1571/1605), I.3.605b; Sensos de l'Hospital d'Albalat (1577/1612), I.3.605c.

buidatge exhaustiu de fonts del segle XIV, de les quals se'n conserven uns pocs *Llibres de Actes dels Jurats e Consell*, i alguns protocols notarials i pergamins, i del conjunt d'actes per al segle XV, amb pocs protocols i un corpus de pergamins bastant important. El conjunt ha donat un volum important de material que ens permet una reconstrucció fins ara impossible per a qualsevol altre hospital rural valencià d'època medieval, una oportunitat per aprofundir en aquestes humils institucions, que no per això deixaren de jugar un paper clau en l'organització social dels municipis.

### *Orígens i evolució (ss. XIX-XV): de la fundació a la unificació*

Desconeixem la data i les circumstàncies fundacionals de l'hospital de Santa Llúcia. I això no és excepcional en l'estudi dels nosocomis medievals. Els hi ha, certament, dels quals pràcticament només coneixem la fundació i poca cosa més, però n'hi ha d'altres que passa tot el contrari. És el cas del primer hospital d'Alzira. Algú va pensar en els inicis del segle XIV, probablement, que la vila, com tot indret gairebé poblat de la cristiandat, necessitava el seu hospital. A la capital del regne, València, se n'havien fundat des dels primers estadis de la colonització feudal, arran de la conquesta (Burns, 1964). A Alzira s'optà per dedicar la institució caritativa a santa Llúcia, advocació que assolí gran popularitat en el món Occidental. Es tractava d'una jove de Siracusa que a inicis del segle IV va ser martiritzada per defensar la fe cristiana i la seua virginitat —entre altres tortures se li varen extreure els ulls— en temps de la persecució de l'emperador Dioclecià, com Jaume de Voràgine va recollir a la seua *Legenda aurea* (Voràgine, 1988). Els màrtirs, i particularment santa Llúcia, varen donar nom en nombroses ocasions als hospitals medievals. Ells i elles esdevingueren exemple per als qui patien, particularment els malalts, que es podien emmirallar en els màrtirs com a via d'imitació.[3]

S'ha repetit en diversos llocs que el fundador d'aquest hospital fou Pere d'Esplugues, sagristà i paborde de la seu de València, canonge de Lleida i ardiaca d'Alzira, que fou senyor de la Pobla d'Esplugues o de l'Ardiaca, avui la Pobla Llarga, fundada per ell en 1317 gràcies a un privilegi atorgat

3 Altres advocacions habituals de màrtirs eren les de sant Blai, protector contra el mal de gola, sant Marc, el cos del qual fou cremat sense consumir-se ni corrompre's, sant Eloi i santa Caterina. A més de màrtirs, altres sants protectors eren sant Miquel, considerat el metge celestial, sant Nicolau o sant Martí, vinculats tots dos a la cura dels pobres.

per Jaume II. La dada la va donar a conèixer Rodríguez de Arellano en el seu llibre sobre l'hospital de Santa Llúcia, a partir de la nota presa d'un plec d'anotacions sobre l'hospital del segle XVIII, que es conserva a l'arxiu d'Alzira, amb el títol *Libro de los papeles inventariados del Santo Hospital de Alzira* (Lairón i Vercher, 1998: 51). Els autors d'aquesta notícia històrica de temps barrocs sens dubte varen voler que aquest fos el primer esment al nostre hospital. L'entitat del presumpte fundador, Pere d'Esplugues, bé que ho valia; i així s'ha repetit acríticament, com es pot comprovar a diverses pàgines web. Però la fundació del d'Esplugues res tenia a veure amb l'hospital de Santa Llúcia.

En maig de 1337, Pere d'Esplugues va fer testament.[4] Lògicament va buscar la consolidació de la casa nobiliària a terres valencianes, i va fer donació de tots els seus béns immobles, és a dir, tota la seua senyoria, al seu nebot Jaume, fill de Bernat d'Esplugues. I un home d'església, adinerat i amb protagonisme en el procés colonitzador del regne de València, no podia deixar de buscar la redempció de la seua ànima de forma convenient. Per això va fundar una almoina, de la qual va fer patró el mateix nebot. En una de les nombroses clàusules que ordenaven les obres pies en el testament, va deixar establerta la fundació d'un hospital en el lloc que ell havia fundat a la Ribera. Hauria de tenir sis llits per rebre pobres, i per a la conservació i manteniment alimentari deixava 15 sous (s) anuals, 10 s. per a l'oli de les llànties, 10 s. més per a ornaments i vestimentes, i un cens de 160 s. anuals per a les necessitats de l'hospital i la provisió dels malalts, que serien recollits en tres terminis anuals. També ordenava la construcció d'un altar en l'hospital en honor de sant Martí, on un prevere celebraria misses per la seua ànima. El dia del sant esmentat es faria una caritat especial, per a la qual Esplugues va deixar 25 s., que gestionaria el mateix prevere. Aquest clergue rebria en tres terminis anuals 240 s. perquè mantingués i governés l'hospital. Per tal de dur a terme convenientment la tasca d'administració de l'hospital i administració dels llegats pius que havia fet el testador, li associà dos homes honrats del lloc. Aquests cada any executarien totes les voluntats d'Esplugues, donarien compte al patró, el nebot Jaume, i allò que sobrés d'un any es conservaria per a la provisió de l'hospital i les necessitats dels anys a venir.

4 Hi ha traducció parcial del testament, a partir de la còpia feta el 15 de febrer de 1444, que es conserva al *Llibre de Visites* de 1697 de l'Arxiu Parroquial de la Pobla Llarga (Navarro i Sanchís, 2003: 506-511).

Així doncs, ni una sola referència a l'hospital alzireny de Santa Llúcia, el qual, no obstant, ben bé podria haver existit ja per aquelles mateixes dates. De fet, el document més antic que coneixem sobre l'hospital és un pergamí que conté el primer dels inventaris de béns conservat, de 1355.[5] El fet que en ell s'esmente una «casa nova» fa pensar que ja existia una ampliació per aquelles dates. Això ens suggereix una certa antiguitat. Però malgrat aquest creixement, el lloc sempre maldà per sobreviure entre l'escassetat dels recursos econòmics migrats. El model no era sostenible i s'hagueren de buscar solucions. Però aquestes només pogueren arribar més d'un segle després.

En juny de 1465, l'hospital experimentà la primera gran i important transformació. Per aquell temps n'existia un altre a la vila conegut com d'En Escuder o de Santa Caterina —altra santa màrtir—, ubicat efectivament al costat de l'església parroquial del mateix nom. D'aquest hospital a penes no en tenim notícies. Sabem però, que Jaume Escuder, el fundador, l'havia posat en mans de l'església, pot ser perquè era un clergue. De fet, en 1404, el bisbe Hug de Llúpia nomenava el seu vicari general, Joan de Moià, administrador, encarregat de la gestió i de la cura d'ànimes de l'hospital, amb un salari de 100 s. (Cárcel Ortí, 1998: 642). Aquesta era una institució encara més humil que el de Santa Llúcia. En 1454 es parlava per primera vegada d'unificar-lo amb el de la vila ja que «havia mal endreça e en aquell habitaven fort pochs pobres».[6] El consell general degué decidir que no era el moment, o les negociacions amb l'església no ho permeteren, i sembla que la unificació encara hagué d'esperar uns anys, quan entrà en escena la possibilitat que la vila tingués encara un altre hospital.

Jaume Bossera, personatge del qual no tenim notícies, com tampoc de la seua família, havia deixat en el seu testament una clàusula per la qual pretenia que en «certa part de casa sua fos fet un spital per albergar los pobres de Jesuchrist», que es mantindria amb una pensió de 15 lliures de renda anuals dels seus béns.[7] Però el lloc no era adequat: «e bonament lo dit spital no·s pogués fer en lo loch per lo dit en Jacme Bossera, donat com

5 Arxiu Municipal d'Alzira (AMA), *Pergamins comuns*, 011-32; 1397. Transcrit defectuosament i sense donar cita d'arxiu en Rodríguez de Arellano (1994: 15).

6 AMA, Llibre d'Actes dels Jurats e Consell (MC), 03-44 (4/2/1454).

7 AMA, MC, 03-55 (21/6/1465). Transcrit parcialment i amb defectes (Rodríguez de Arellano, 19: 17-20). No hem pogut trobar cap al·lusió a aquest personatge en la bibliografia sobre l'Alzira medieval.

fos loch molt stret e indispost per a fer lo dit spital». Per això, acordaren sol·licitar del sant pare, el papa Pau II, «que de tots tres fos fet un spital com fos major honor de la dita vila, e los pobres serien millor acollits». Aleshores començà un procés de negociació a València per al qual fou enviat un síndic amb el reverent mestre Martí Aparici Llegó, procurador general del senyor cardenal i bisbe de València, ja que el representant d'Alzira a València havia mort recentment.[8] Les negociacions arribaren a bon port i els jurats reberen l'autorització per fer efectiva la unificació de tots tres en el de Santa Llúcia. A partir d'aquell moment, les 15 lliures anuals que Bossera havia deixat en el seu testament a la confraria de la Verge Maria per a comprar roba per a l'hospital, se sumarien a les rendes del de Santa Llúcia, i la confraria les lliuraria puntualment.[9]

A inicis del segle xvi, es va fer un intent per a què algunes monges del monestir de Sant Julià de València vingueren a residir al monestir de Santa Llúcia d'Alzira. Aquest monestir havia quedat despoblat de monges definitivament en 1504, però havia estat ocupat temporalment per unes monges anomenades del «peu de la creu».[10] Els monestirs femenins que seguien la regla dels servites començaren a donar-se al final del segle xiii i començament del xiv. Alguns grups de dones es retiraven a cases particulars a viure, sense prendre els vots, segons el carisma de l'orde. Eren, de fet, un tercer orde de laiques que feien una vida comunitària. Però no eren comunitats monàstiques de religioses, sinó beateris de dones laiques que hi feien vots privats. Es tractava, en el nostre cas, d'un orde no reconeguda pel papa ni pel bisbe cardenal de València, i que a més s'havien instal·lat sense el consentiment de les autoritats municipals. Els jurats se'n volien desfer i veieren una bona ocasió en aquesta voluntat de les monges agustines d'acudir a Alzira: «perquè són virtuoses religioses e de orde aprovat per la Sancta Sede apostòlicha, qui stan tancades». Però, encara més, pensaren que aquesta podia ser una bona oportunitat per a què les monges es feren càrrec de l'hospital mentre romanguessen a la vila: «que daran e provehiran e tendran lo dit hospital en aquell condret que aquell requer, a coneguda e beneplàcit dels jurats qui huy són e dels successors de aquells en dits officis de jurats, com dits jurats sien patrons e administradors del

8 AMA, MC, 03-55 (3/11/1465).

9 Tenim notícies d'aquesta lleixa cap a final de segle i de com era utilitzada, efectivament, per a comprar robes de llit. AMA, MC, 03-88 (24/8/1498) i 03-89 (28/5/1500)

10 AMA, MC, 03-89 (23/3/1500).

dit hospital». Els jurats volien trametre la notícia al consell general per obtenir el vistiplau: «en què dit spital sia redreçat a son sanct servir en los pobres seus com en les pregàries de les devotes religioses que venran en dit monestir».[11] Però, si bé les monges s'hi van instal·lar, no sembla que arribaren a tenir vincles amb l'hospital, ja que aquest va continuar administrat pels procuradors que els jurats nomenaven anualment. L'intent de dur les monges evidencia que la institució era vista com un espai on les pràctiques religioses jugaven un paper determinant, i on el servei i la pregària pels més desfavorits era la seua raó última de ser. Qui millor podia dur aquesta tasca que els ministres de l'església?

El final del segle XV sembla una mala època per a l'hospital. En primer lloc, cal recordar que la pesta va visitar la vila en 1494 i en 1501 (Gallent i Muñoz, 1981). Foren temps en què s'havia anat alentint l'activitat econòmica i el descens demogràfic havia estat molt considerable. La mala situació es feia palesa en l'hospital. En 1495 s'afirmava que no comptava amb hospitaler, no tenia a penes béns mobles, mancaven llits i la seua roba, i tenia problemes de liquiditat. Fins i tot, uns pobres acabaren furtant els llençols de l'hospital. Per això es va pensar que en fos procurador per tres anys el prevere Berenguer Talens, qui afirmava podria redreçar la situació.[12] També es mirà per un procurador que pogués recuperar les quantitats censals que li eren degudes, i diversos visitadors vetllaren pels pobres, per les seues necessitats, i per la infraestructura del lloc.[13] Tant d'esforç fa pensar que les coses no anaven gens bé i que segurament per això es va insistir en què les monges podien ser una bona solució per traure el mal de cap als jurats.

11 AMA, MC, 03-94 (16/8/1505).

12 «més fonch proposat com lo spital de Santa Lúcia està molt desplat de lits, roba de lits, no y ha spitaler, és vengut a notícia que mossèn Berenguer Talents, prevere, per ses devocions ha dit que ell si li és acomanat hi darà bon recapte fent-lo procurador». AMA, MC, 03-84 (24/2/1495).

13 «triaren, elegiren en vesitador del dit espital al magnífich en Vicent Roqua, donzell, present e acceptant, lo dit offici de vesitador, e que aquell fasa de veure e mirar en los pobres qui vénen al dit spital e altres en totes les coses que són necessàries al dit spital». AMA, MC, 03-84 (9/4/1495); «feren procurador Miquel Balaguer, notari de la mateixa vila, a poder exhigir, rebre e recobrar qualsevoll quantitats, rendes, censals e altres coses del dit spital en qualsevol loch e per qualsevol persones degudes e en qualsevol lochs». AMA, MC, 03-84 (4/1495).

## *L'hospital a través dels inventaris*

En la fase actual de la investigació hem pogut trobar nou inventaris de béns de l'hospital entre 1355 i 1500 (1355, 1397, 1403, 1445, 1483, 1486, 1495 i, finalment, dos el 1500).[14] Tot sembla indicar que cap d'ells correspon a inventaris complets de l'interior dels edificis sinó que habitualment l'atenció dels protagonistes es focalitza en un aspecte concret, com ara l'orfebreria o, més habitualment, el conjunt de llits i robes de llit que hi havia i que cada nou hospitaler rebia en comanda. Per això mateix, més que d'inventaris, cal dir que som davant de comandes, on els jurats lliuren els béns a l'hospitaler perquè els administre. A partir de les dades que ofereix el primer inventari, podem constatar l'existència de tres espais: «la casa dels lits del espital vella», la «casa xica» i, finalment la «casa nova». Donat el significat que tenia el terme «casa» a l'època, més que d'habitatges independents, separats, com els entenem avui en dia —això serien albergs en la documentació—, hauríem de pensar que es tractava d'estances o cambres de grans dimensions juxtaposades amb un accés comú per a totes elles. Indubtablement, pel nombre i el volum de mobiliari que hi havia, la més gran era «la casa dels lits del espital vella» que, ben probablement, devia correspondre amb una gran sala longitudinal a l'estil de la que trobem en l'hospital de Sant Marc de Gandia (Olaso, 1988: 40-42). Però més cridaner que els elements esmentats és el que se silencia. Així, cal assenyalar la mancança, almenys en la nomenclatura, d'una divisió de les estances pel sexe dels malalts, tal com succeïa habitualment. Tot i amb això, és possible que la sala més gran fos utilitzada per a uns i la sala nova o la xica per als altres. Tampoc trobem cap esment de la capella, que, com és sabut, en els hospitals solia estar situada a prop dels dormitoris per a què els malalts poguessen escoltar missa des dels seus llits. En aquest sentit, entre els béns inventariats no se'n registra cap objecte relacionat amb el culte fins molts anys després.

Donat que com tot el que recull aquest primer inventari es tracta de llits i robes per a vestir-los, podríem aventurar que la intenció en aquest cas no fou enregistrar tots els objectes que hi havia a l'edifici sinó, més bé, un aspecte molt concret, ja que no sembla versemblant que la institució pogués mancar d'aquestes infraestructures tan bàsiques per al seu fun-

14 Per a 1355, vegeu la nota 3. 1403, AMA, MC, 03-09; 1445, Ídem, 03-35, f. 89; 1483, 03-71; 1486, Ídem, 03-75; 1495, Ídem, 03-85, i 1500 Ídem, 03-89, f. 2v i29.

cionament. És el cas de l'hort de l'hospital, que ací no tenim documentat però que solia estar present en tots els edificis assistencials, també en els més modestos com el que ens ocupa (Gallent, 1981: 86; 2010-2011: 89 i Olaso, 1988: 24).

En l'inventari confeccionat el 1403 no s'especifiquen els espais interiors. En canvi, trobem utensilis relacionats amb l'alimentació, com olles, escudelles, paelles i porrons, entre d'altres. En el de 1445, a més, hi ha un conjunt reduït d'estris comuns, relacionats amb els quefers quotidians, més enllà de la funció assistencial de l'habitatge. Així, es registren 150 rajoles, una escala «ab V scalons», una taula i tres cresols. Malgrat tot, no documentem objectes relacionats amb el culte, encara que novament hem de pensar que la seua absència respon a un fet circumstancial, i que potser no foren lliurats en comanda a l'hospitaler. Pel que fa a objectes que poguessen tenir un ús mèdic, podem esmentar «dos orinals ab sos estotgs», segurament per recollir orines que inspeccionaria el metge en les seues visites (Moulinier-Brogi, 2012: 92).

El que tots els documents tenen en comú és el protagonisme dels llits i de les robes per vestir-los. Convé assenyalar que els llits s'ampliaven o es reduïen segons el nombre de persones que hi anaven a dormir, mitjançant la incorporació de posts (Glick, 1990). Així, trobem llits de tres fins a vuit posts. I és que, en efecte, a l'edat mitjana i època moderna en poques ocasions el llit era un espai individual, ni tampoc del matrimoni, sinó que, segons els casos, s'aplegava tota la família. A l'hospital, els llits també eren sovint col·lectius. De fet, a l'hospital de Santa Llúcia, l'inventari de 1445 esmenta el «lit de les dones», de la qual cosa podem suposar que devia ser on descansaven les malaltes de l'hospital. Per això, sense menystenir la importància de conèixer la xifra de llits d'un hospital, convé posar l'accent en la quantitat de posts que hi havia a l'abast. Certament, la capacitat d'atenció de nous malalts per part de l'hospital anava més enllà del què la xifra de llits permet albirar (Henderson, 1997: 23). En cap del casos s'indiquen el nombre de taulons d'aquests llits, un tret que sí que s'especifica en l'inventari de 1445. Des de 1355, la tendència és a la baixa. El 1397 no s'inventaria cap llit, però el 1403 s'esmenten «XIII lits de posts nous, en los qual lits, un ab altres, ha VI posts e sos peus». El 1445 hi havia 11 llits als qual calia afegir altres «III lits de morts, la un gran e altre xich [sic]», que es feien servir per al trasllat dels difunts des del lloc de decés fins al soterrar.

Els 18 llits que hi havia a Santa Llúcia en 1355 és una xifra que supera amb escreix els 10 que tenia l'hospital d'En Trujols a Castelló de la Plana a finals de la centúria (Revest, 1947: apèndix, 9). De fet, malgrat el descens fins a 11 llits del 1445, els mateixos que en 1486, encara se situava al nivell de l'hospital de Sant Marc de Gandia, on el 1426 foren inventariats 12 llits (Olaso, 1988: 201-202). Per descomptat, no es podia comparar amb els hospitals urbans de València com el d'En Clapers, on el 1384 hi havia 18 llits només per a homes i encara altres 16 per a dones (Rubio Vela, 1984: 187). Juntament amb els llits hi apareix un ampli ventall de robes per vestir-los. L'equipament essencial consistia en una màrfega, habitualment de palla, que aïllava de la duresa de la fusta i de les humitats en cas que el llit no comptés amb els seus propis peus. Sobre ella, se superposaven els matalassos, que podien estar farcits de palla, però sobretot de borra i sisons i, més rarament, plomes. Completava l'equipament el travesser, un coixí que abastava horitzontalment el llit.

La propietat municipal de l'hospital es fa palesa en les marques de l'emblema municipal, la clau, impreses sobre les eines. Efectivament, Alzira era considerada la clau del regne per ser l'única via de pas entre el sud del regne i la capital, separats pel riu Xúquer, a través del pont construït. Quan en 1397 es lliuraven en comanda els béns a l'hospitaler Jaume Estelós, s'indicava «les quals robes són senyalades ab senyal de clau».[15]

L'estudi detallat dels inventaris de béns ens fan pensar que l'hospital experimentà un procés d'empobriment que quedà reflectit en les bases materials i en la capacitat d'atendre els malalts de la institució. El moblatge que es feia malbé no pogué ser reemplaçat per mobiliari nou. Fins i tot la il·luminació es ressentí.[16] En 1495 la situació era infame.

## *El sosteniment econòmic*

La qüestió del finançament era el principal punt de feblesa de les institucions assistencials com l'hospital de Santa Llúcia (Olaso, 1988: 18). Certament, en les fases inicials no requeria d'una forta inversió, i sobrava amb disposar d'un habitatge i un centenar de sous a col·locar en el mercat del censal. Tot i que no coneixem els ingressos inicials de l'hospital, el

15 AMA, MC, 03-4 (29/8/1397); AMA, MC, 03-9 (11-9-1403).

16 Dels 4 ciris que hi ha en el primer inventari passem a 3 cresols en el darrer.

1448 percebria 675 s. 1 diner (d) sobre diversos immobles, i tres censals.[17] La xifra resulta certament significativa i, de fet, superava les rendes de l'hospital de la Verge Maria i les de Sant Miquel, tots dos a Xàtiva.[18] Però, si la comparem amb altres hospitals de caire agro-urbà, era notablement superior a la resta. A la mateixa vila d'Alzira, l'altre centre assistencial, el d'En Escuder, de fundació privada, ingressava 266 s. 10 d.,[19] una suma que està més en relació amb el que trobem a altres viles petites del país com ara Gandia, 198 s.1 d. el 1378 (Olaso, 1988: 154)[20], o Ontinyent, 270 s. 7 d. el mateix any 1448.[21]

A més de les pensions de censals, tenim constància d'algunes fanecades de terra que l'hospital posseïa franques. La gestió d'aquestes parcel·les, lògicament, era indirecta mitjançant establiments que feien els mateixos jurats de la vila com a administradors de la institució. Tenim constància, per exemple, de l'establiment de 6 fanecades de terra a Joan Eiximénez, habitant de l'alqueria de Joan de Montagut, a canvi d'un cens certament modest, de només 1 s.[22] Hi havia d'altres lleugerament més elevats, en torn els 5-10 s. en funció de l'extensió de la parcel·la, però resulta difícil donar una xifra aproximada del què els censos emfitèutics representaven per a l'hospital. Per altra banda, hem pogut constatar que les terres de l'hospital estaven disseminades pel terme de la vila.

Els patrons i administradors de l'hospital, els jurats de la vila, recordem-ho, no confiaven la viabilitat econòmica de la institució únicament als ingressos ordinaris. Ans al contrari, treballaven, poc o molt, per a recollir tot donatiu que fos possible, més encara en aquells hospitals que, com el d'Alzira, vila reial, no es poguessen beneficiar del patrocini d'un senyor pròxim i vinculat amb la comunitat, com sí succeïa a altres centres assistencials de les viles de senyoriu, cas de l'hospital de Gandia, que va rebre

17 Arxiu del Regne de València, *Mestre Racional*, vol. 7.924, f. 39.

18 El primer tenia una renda de 668 s., mentre la de Sant Miquel era de 650. Ídem, ff. 181 i 295.

19 Ídem, f. 88.

20 Amb tot, com reconeix el mateix Vicent Olaso (1988: 21), és una xifra indicativa i mínima per incompleta, entre d'altres raons, perquè tot són censos emfitèutics i no hi ha cap censal.

21 Ídem, f. 175v.

22 Sembla, però, que resta indicar quin fou el cens d'entrada, que òbviament devia ser més elevat, superior als 50 s. AMA, MC, 03-45 (9/1/1455).

de forma regular donacions dels ducs de la vila (Olaso, 1988: 52-53 i 66-69). Així, doncs, la caritat dels veïns de la comunitat local es convertia en una font d'ingressos que calia promocionar. Per això mateix, entre els béns inventariats a les darreries de la centúria trobem «un bací per acaptar». És probable que hi hagués, a més, bosses o caixes de col·lecta situats en punts estratègics de la vila.[23]

Una altra font d'ingressos eren les deixes testamentàries, per a la qual cosa els hospitals comptaven amb el recolzament dels predicadors contemporanis. Vicent Ferrer exhortava tothom, i particularment els pagesos, que posaren els seus diners en les obres de misericòrdia, i citava explícitament els hospitals:

> Aprés, vosaltres, lauradors, perquè tots sou inmudes per rapines, los uns als altres, que no pagau les soldades als servidors, e retenint-vos los béns dels spitals, e de testaments, e mal delmar, o que no·y donau, si·ufeu axí com a Cayms sou dapnats […]
>
> Aprés, de misericòrdia, e endrece la creatura com se deu haver en los béns que Déus li ha acomanats, amar la riquea no molt, mas ordenadament, en fer moltes almoynes a pobres, a òrphens, a spitals, etc. (Ferrer, 1932: 131).

Tanmateix, tot sembla indicar que les paraules del frare dominic no eren seguides amb excessiva assiduïtat. El buidatge sistemàtic dels protocols notarials d'Alzira per al període medieval rebel·la que només en 11 casos els testadors deixaren estipulada alguna quantitat per a l'hospital, entre 1 i 5 s., llevat d'un, el notari Guillem Vidal que lliurà 25 s. Les contribucions podien ser també en béns materials, com féu Guillem Cornellà, que si be no deixà cap donació monetària, lliurà el seu llit a l'hospital de Santa Llúcia (Pons, 1987: 257).

En definitiva, ens trobem davant unes bases materials ben minses que a la llarga es demostraren insuficients per a fer front a les necessitats dels hospitals, raó per la qual en moltes viles i ciutats del regne de València, cas de Xàtiva o de la mateixa Alzira, i també a la capital, les autoritats locals decidiren fusionar els existents en un sol a fi d'optimitzar la gestió i maximitzar els recursos.

23 Així succeïa a la vila de Gandia, on hi havia tres bacins en punts neuràlgics del nucli urbà.

## *Els objectius de l'hospital*

L'hospital de Santa Llúcia se'ns presenta com un típic espai multifuncional, on es desenvolupà tota una gamma d'activitats de caire caritatiu i religiós, més que mèdiques pròpiament dites. No de bades l'autèntica medicina de l'hospital fou la religió. Segons Horden (2007: 141), l'hospital exemplifica la subordinació de la cura del cos a la cura de l'ànima, i el poder curatiu del consol religiós esdevé un element de primer ordre (Henderson, 2001). Al capdavall, l'hospital alzireny no seguí sinó el patró habitual, certament amb alguns canvis en el temps, de les institucions hospitalàries de l'època (Rubin, 1994: 15).

És important recordar aquesta essència religiosa i la voluntat sovint afermada de traduir-ho en l'edifici. Es tractava d'una institució creada per a seguir els principis evangèlics segons els quals, qui acull, sana i s'apiada del pobre, li ho fa a Crist (Mt 25, 31-46), per tant lligada estretament a les preocupacions escatològiques i al desenvolupament de les obres de misericòrdia. Al capdavall, els pobres no eren sinó la imatge del Crist que pateix (*pauperes Christi*). La dimensió sagrada de l'assistència s'havia de traslladar forçosament a l'edifici destinat a acollir els malalts, veritable lloc de rencontre amb Crist (Ségula, 2011). Aquesta religiositat es notava, però no només, en la presència d'una capella. La del nostre hospital sembla que no va existir fins 1372, quan és esmentada per primera vegada: *quadam capellam subinvocatione Sancte Lucie virginis, contigua hospitali, ibidem ad honorem dicte virginis constructo* (Cárcel Ortí, 2005: 365-366). Tot i la seua denominació com a "capella", el temple comptava amb diverses capelles —o altars— interiors, que eren la seu d'un o de més beneficis i, al mateix temps, d'advocacions. El principal, per descomptat, era el de Santa Llúcia, el titular del qual era, pels volts de 1372, Joan López de Pomar.[24]

La religió tenia una forta presència dins l'hospital. El seu fi últim és clar: la glòria de Déu a través de l'assistència dels seus pobres. Per això dins les activitats litúrgiques, la celebració de l'eucaristia era habitual, i molt particularment rebia atenció en el dijous Sant, el dia de la institució del sagrament eucarístic. Així ho indicarien els elements inventariats. Com ara, de 1500 tenim un recull de béns on consta: «Ítem, un càlzer de stany…

24 A més, Pomar era el beneficiat d'altres dos beneficis, un a l'església major de la vila i l'altre a l'església de Sant Joan de Jerusalem a València (Cárcel i Boscà, 1996: 159).

Ítem, unes tovalles per a davant lo altar. Ítem, una cortina de seda per a davant lo corpus lo Dijous Sant. Ítem, un davant altar de pinzell ab figures de la Verge Maria, de sent Aloy e de santa Lúcia».[25] Com veiem, fins i tot no faltaven els elements decoratius amb la representació de la patrona. Com hem dit, a l'hospital es feia tant d'èmfasi en la cura de la salut física com de l'espiritual, i amb Rawcliffe (2007: 176) podem afirmar que la iconografia religiosa que acompanyava la celebració dels sagraments jugava també un paper crucial com a part del procés terapèutic. Tot amb tot, la presència d'aquests elements és, com veiem, molt tardana. Això pogué relacionar-se amb la parcialitat dels béns recollits, com també la misèria del lloc, on no és estrany que mancassen objectes preuats. Efectivament, en 1372 es feia referència a l'estat de la capella: *que in luminaribus, pannis, libris et aliissuis ornamentis maximum patitur deffectucum nullos habeat redditus* (Cárcel Ortí, 2005: 366).

A l'hospital, segurament amb la presència del rector d'alguna de les parròquies, se celebrava el sagrament de la penitència, indispensable atenent a la legislació foral que obligava el metge a instar el malalt a celebrar el sagrament abans d'iniciar la cura, però també quan es preparava el traspàs dels difunts i els rituals de la mort (Ferragud, 2014: 307). De fet, l'hospital tenia els elements per a celebrar els sepelis i acompanyar els difunts en el trànsit final: «un drap per a cobrir los morts» i «una caxa per a portar los cosos a soterar».[26] Desconeixem si hi hagué un cementeri propi, però no seria gens estrany.

Però hi havia altres cerimònies públiques de caire social i religiós, fora dels murs de l'hospital, que comptaven amb el concurs especial de la institució. En 1474, el jurat en cap anunciava la imminent visita del bisbe cardenal de València a la vila. Immediatament es va preguntar pel pal·li de l'hospital per honorar convenientment l'insigne visitant, i que fos rebut pels oficials i prohoms tal com els havien recomanat. L'alarma va saltar quan es va conèixer que el pal·li havia estat furtat per un tal Ferrando, d'Alacant, que tenien tancat a la presó, acusat, curiosament, per un moro.[27] Calgué posar-se en contacte amb el majordom del bisbe perquè portaren el seu propi pal·li o se n'adquirís un altre, ja que e ell li seria més sen-

25 AMA, MC, 03-89 (12/1/1500).

26 Ibídem.

27 AMA, MC, 03-63 (31/7/1474).

zill. Realment una vergonya per a l'orgull local. Sembla, doncs, que Alzira comptava per a les cerimònies de gran magnificència, processons com el Corpus on calia aixoplugar la custòdia, o l'acompanyament d'un bisbe, el pal·li guardat a l'hospital. Aquest devia tenir un cert valor econòmic si va ser furtat.

La medicalització de la caritat —tal com va definir Henderson (1997: 39) el fenomen de la presència continuada de guaridors associats als hospitals, ja abans de la pesta negra— en l'hospital de Santa Llúcia s'inicià a les primeries del segle xv. Cal tenir en compte que el primer contracte conegut amb un metge a Alzira, el de Joan del Miracle, fou molt tardà (1397), encara que a la vila es coneixen metges des d'inicis del segle xiv. Res es diu en aquest primer contracte sobre l'assistència a l'hospital. No obstant això, els dos contractes següents dels que tenim notícia, amb Joan Sales, en 1413 i per un període d'un any, i el d'Andreu Vives en 1425, recollien l'obligatorietat d'assistir els malalts de l'hospital gratuïtament: «que sia tengut frànquament curar los malalts del espital de la vila» (Ferragud, 2005: 99). En aquests casos, en el salari estipulat entrava aquesta obligació. Però amb el pas del temps, el consell va decidir establir un salari molt moderat per al metge de l'hospital, que era de 33 s. Sovint era el mateix metge de la vila el qui exercia aquest càrrec. Tenim notícia que en 1479 fou el físic mestre Aznar qui l'ocupà ‑repetiria encara en 1494‑, i en 1483 Bernat Oliver.[28] En el darrer cas, es determinava pel seu jurament: «promés haver-se en la visita e cura dels malalts bé e feelment».

La causa que obligà els jurats a contractar un metge en exclusiva per a l'hospital fou, molt probablement, assegurar-se que atengués complidament els malalts pobres. A València alguns honorables físics es mostraven negligents i descuraven aquesta clientela tan poc rendible; senzillament no es deixaven caure mai per l'hospital. Però, perquè acceptaven doncs formar part del programa hospitalari? Segons Park (1985: 99-109) l'hospital desenvolupà un paper molt important en l'afirmació del rol social del metge. Prestar els seus serveis als pobres malalts per un baix salari era un exemple de caritat. A Alzira l'hospital no devia donar-los massa feina, però el compromís explícit els obligava a estar-hi pendents. La minuta era curta, però la glòria extensa. De fet, el 1510 es faria càrrec de l'hospital el metge Gabriel Benviure, amb aquest mateix salari que es mantenia in-

28 AMA, MC, 03-68 (5/2/1479); 03-72 (18/2/1483); 03-83 (23/12/1494).

alterable amb el pas del temps.[29] Amb tot, això no vol dir que l'hospital comptés amb una presència permanent de personal mèdic, diguem-ne professional. Els hospitals disposaven de molts diversos recursos per atendre i guarir els que hi anaven a parar. Els físics, els individus amb major reputació, només en foren una part (Ferragud, 2014).

Poc sabem dels productors de medicaments: els apotecaris. De fet, són ben estranyes les referències al subministrament d'aquests productes. En 1507 es fa al·lusió a 10 lliures degudes a l'apotecari Miquel Vendrell «de medecines que aquell a fiades per obs dels pobres malalts del dit hospital en lo temps specificat en una execució».[30] Per tal de satisfer la quantitat, es va recórrer a la lleixa de Bossera, que es va dedicar aquest any, parcialment, a pagar medicaments.

Una altra funció de l'hospital en el seu caire assistencial fou la cura de nadons i infants, orfes o abandonats, que hi deixaven. No podem saber amb quina freqüència arribaven els infants a l'hospital d'Alzira. La major part dels casos coneguts els trobem amb el canvi de segle; la mort en la pesta d'uns pares nouvinguts a Alzira, l'abandó a la porta d'un xiquet expòsit, uns bessons que no poden ser criats ambdós pels pares i n'han de deixar un, són alguns dels exemples coneguts. Així, Sebastianet fou abandonat a la porta de l'hospital sent un nadó. Li fou lliurat a un matrimoni de llauradors del raval per un període de dos anys. Llavors «algunes bones persones, desigants que dit fadrinet no·s perdés com no li·s sabés hom pare ni mare ni parent algú qui de aquell se emparàs», decidiren de posar-lo en mans de Joan Corretger i la seua esposa, «qui n'havien tingut cura, fins que haja edat de discreció e tinga facultat de elegir on volrà anar e ab qui volrà star». El matrimoni rebria en gratificació un ase que havia estat valorat en 100 s., tot un luxe per a un llaurador humil.[31]

El procediment de l'administració de l'hospital amb els infants arribats sempre era la mateixa. Amb els fons es sufragaven dides per alletar-los. Després es buscaven afermaments per a aquests xiquets i xiquetes, normalment amb matrimonis que n'havien tingut cura i els havien alimentat els primers mesos de vida. Romanien així molts anys al servei d'algú que es feia càrrec fins que eren adults. Són històries que els jurats recollien amb detall, de vegades amb una tendresa que corprèn.

29 AMA, MC, 03-99 (8/7/1510).

30 AMA, MC, 03-96 (26/11/1507).

31 AMA, MC, 03-85 (6/11/1496).

## *L'estructura organitzativa*

Els jurats de la ciutat foren durant tot el període estudiat els patrons i administradors de l'hospital; sobre ells recaigué l'última responsabilitat en qualsevol decisió de relleu. Això sí, nomenaven els càrrecs que realment vetllaven per la gestió econòmica (procuradors), i també ocasionalment visitadors —concentrats a principis i finals del segle xv— i episòdicament algun administrador, com també els hospitalers, autèntics protagonistes en l'atenció diària en el centre.

Els procuradors coneguts foren en la seua majoria notaris i duraven un any en el càrrec, per bé que puntualment un artesà, un capellà i fins i tot un donzell arribaren a ser-ne nomenats. Solien cobrar un salari de 100 s. anuals, una xifra considerable si tenim en compte que era la mateixa que percebia el metge del convent dels agustins de vila.[32] Excepcionalment, el cirurgià Jaume Perer ho fou per un període inusualment llarg, entre 1462 i 1466. Aquests procuradors mantenien una relació directa amb els hospitalers, ja que havien de subministrar els diners per a satisfer totes les necessitats de l'hospital, en robes i en aliments, particularment. En efecte, els procuradors eren els responsables de la gestió econòmica del centre. A ells corresponia la tasca de recaptar deutes i, sobretot, les pensions de censals degudes a la institució, i, en cas de no poder percebre-les, iniciar els pertinents tràmits legals. Ben probablement l'esquema era similar al d'altres viles del país com Gandia. Ací, per sota del procurador, hi havia un o més bossers que recaptaven almoina personalment pels carrers de la vila en dies assenyalats com el dia del mercat. A més, els bossers tenien cura de les bosses d'acapte que hi havia per diferents llocs de la vila i a la porta del mateix hospital (Olaso, 1988: 18-19).

En moments d'especial dificultat, els jurats nomenaren un visitador que podia fer també les funcions de procurador. En 1355, el notari Berenguer d'Arenys i Ramon Sapedra feien de visitadors, en la que és la primera notícia de l'hospital, i també en el registre més exhaustiu del lloc. En agost de 1498, quan sabem que l'hospital vivia un mal moment, els jurats nomenaren el paraire Joan Guitart visitador de l'hospital «donant-li poder de vesitar aquell e los pobres, veure en los lits e roba de aquells e en los obres del dit spital necessàries e donant-los tot aquell poder que en semblants

32 AMA, MC, 03-59 (22/6/1469). El salari del metge dels agustins a ARV, Mestre Racional, vol. 7.924 f. 102v.

visitadors és acostumat per a un any e no més».[33] No deixa de semblar peculiar que els jurats no optaren per fer una visita ells mateixos per veure amb els seus propis ulls la misèria del lloc.

Els hospitalers eren un matrimoni que es comprometia a residir a l'hospital («lo dit spital tenien en condret e en aquell habitaven e feyen contínua residència») mentre durés el seu contracte, normalment un any. Es tractava de persones sense cap característica en especial, generalment artesans (sabater, pintor, sastre, botiguer). Les seues funcions són molt ben delimitades en l'acord de 1496 amb el botiguer Joan Gil:

> donar tot bon recapte en lo dit spital e als pobres de nostre Senyor Jesuchrist qui al dit spital vendran e conservar les coses del dit spital, servir als pobres fahent los lits e servint-los en les necessitats e malalties de aquells e denegant les robes e totes les coses necesàries de aquell, fahent e soplint en tot lo mester làrgament segons és acostumat per los altres spitalers fer.[34]

Què empenyia a aquesta gent a acceptar aquest compromís? Seguien els preceptes dictats pels predicadors, que consideraven entrar a servei d'un hospital com el més gran servei als necessitats? En qualsevol cas, a partir del segle XVI es parla d'un salari de 100 sous anuals, tot i que no sabem si aquest es percebia des dels inicis. De l'activitat quotidiana desenvolupada per tots aquells que treballaren i assistiren els pobres i malalts, tenint-ne cura o guarint-los, no n'ha quedat rastre.

## *Epíleg*

En un dels seus sermons, fra Vicent Ferrer, esgrimint una de tantes imatges quotidianes que feia servir, va comparar el món amb un gran hospital. En ell, els malalts, que representaven els cristians en pecat, necessitaven de la redempció que els proporcionés el primer i més gran dels metges, Jesucrist, arribat d'un particular Estudi General: el paradís. L'equiparació entre el metge universitari i el fill de Déu, habitual en aquell temps, no pot ser més eloqüent:

33 AMA, MC, 03-88 (4/8/1498).

34 AMA, MC, 03-85 (28/10/1496).

> La redempció general d'est món no·s podia fer per nenguna creatura: ell mateix, Déu e hom, hi havia a venir, axí com hun spital on haje molts malalts, gran metge hi ha a venir a curar-los. Axí est món es axí com hun spital, e no·y havia habitació nenguna que no·yjaguessen malalts. Vench lo gran metge del studi de paradís, e vench a prathicar en est món, a guarir malalts… (Sanchis Sivera, 1927: 27).

En les paraules del predicador queda palès la doble vessant de la guarició, espiritual i corporal, però per damunt de tot la primera. La imatge de Jesucrist com el primer dels metges era molt estesa i en ell s'emmirallava el guaridor galenista, situat entre l'home de bé, admirat, que proporciona la salut, si bé amb la remuneració corresponent. Una postura de vegades ambigua i generadora de sospites i crítiques envers el metge àvid de diners. Un tant podríem sospitar de l'hospital, espai de caritat, però també un mecanisme de regulació social. Amb tot, Alzira era un nucli semi-urbà pel seu comportament econòmic, la seua fesomia i habitants, i l'hospital no deixà de tenir una activitat que l'aproximava en quant a la gestió i organització, finançament i activitat, als de la capital. Al capdavall ciutat i camp mantenien unes estretes relacions i el mirall de la gran urbs era ben present.

## *Bibliografia*


Bernabeu Borja, Sandra (2014) «Llinatges i poder local a l'Alzira del segle xv». *Aragón en la Edad Media* 25: 5-40.

Burns, Robert I. (1964) «Los hospitales del reino de Valencia en el siglo xiii». *Anuario de Estudios Medievales* 2: 135-154.

Cárcel Ortí, Milagros (1998) «Casa, corte y cancillería del obispo de Valencia Hug de Llúpia (1398-1427)». *Anuario de Estudios Medievales* 28: 635-659.

— (2005) *Un formulari i un registre del bisbe de València Jaume d'Aragó (segle xiv)*. València: PUV.

Cárcel Ortí, Milagros i Boscà Codina, José Vicente (1996) *Visitas pastorales de Valencia: siglos xiv-xv*. València: Facultad de Teología S. Vicente Ferrer.

Comelles, Josep M. (2013) «Hospitals, Political Economy and Catalan Cultural Identity». A: Bonfield, Christopher, Reinarz, Jonathan i Huguet-Termes, Teresa (Eds.) (2013) *Hospitals and Communities 1100-1960*. Oxford: Peter Lang.

Ferragud, Carmel (2006) «Medicina i societat a Alzira durant la Baixa Edat Mitjana». A: *X Assemblea d'Història de la Ribera.* Antella, 5, 6 i 7 de novembre de 2004. Ajuntament d'Antella.

— (2014) «La introducción de los practicantes de la medicina en los hospitales del reino de Valencia durante la Baja Edad Media». A: Huguet-Termes, Teresa; Verdés Pijuan, Pere; Arrizabalaga, Jon; i Sánchez Martínez, Manuel (eds.) (2014) *Ciudad y hospital en el Occidente europeo* (1300-1700). Lleida: Milenio.

Ferrer, Vicent (1932) *Sermons*, a cura de Josep Sanchis Sivera. Vol 1. Barcelona: Barcino (Els Nostres Clàssics).

Furió, Antoni (1995) *Història del País Valencià*. València: Alfons el Magnànim.

— (1986) *El camperolat valencià en l'Edat Mitjana. Demografia i economia rural (segles xiii-xvi)*, València, Universitat de València, Tesi doctoral, 1986, 4 vol.

Gallent, Mercedes (1981) «Aproximación a un modelo medieval de institución sanitaria: el hospital de la Reyna». *Saitabi* 31: 73-88.

Gallent Marco, Mercedes i Muñoz Pomer, Rosa (1981) «Introducción al estudio de las pestes en la comarca de la Ribera». A: *I Assemblea d'Història de la Ribera (Sueca, València): Economia agrària i història local*. València, Alfons el Magnànim.

Gallent, Mercedes (2010-2011) «En el interior de los hospitales. Personas, espacios y enseres». *Saitabi* 60-61: 81-104.

Glick, Thomas (1990) «Posts de llit i llits de post a la València medieval». *Afers* 9: 147-150.

Henderson, John (1997) «Splendide case di cura. Spedali, medicina ed assistenza a Firenze nel Trecento». Grieco, Allen J. i Sandri, Lucia (1997) *Ospedali e città: l'Italia del centro-nord xiii-xvi secolo* [atti del Convegno internazionale di studio tenuto dall'Istituto degli Innocenti e Villa i Tatti, Firenze 27-28 aprile 1995]. Florència: Le Lettere.

— (2001) «Healing the Body and Saving the Soul: Hospitals in Renaissance Florence». *Renaissance Studies* 15(2): 188-216.

Horden, Peregrine (2007) «A Non-Natural Evironment: Medicine without Doctors and Medieval European Hospital». A: Bowers, Barbara S. (2007) *The medieval hospital and medical practice. Aldershot: Ashgate*.

Huguet-Termes, Teresa (2013) «Pensandi, curandi, et visitandi infirmos et pauperes: Hospital(s), Health and Politics in Barcelona, c. 1337-1417». A: Bonfield, Christopher; Reinarz, Jonathan; i Huguet-Termes, Teresa (Eds.) (2013) *Hospitals and Communities 1100-1960*. Oxford: Peter Lang.

Lairón Pla, Aureliano i Vercher Lletí, Salvador (1998) *Guia de l'Arxiu Municipal d'Alzira*. Alzira: Ajuntament d'Alzira.

Martínez Araque, Ivan (2012) *En els orígens de la indústria rural. L'artesanat a Alzira i la Ribera en els segles xiii i xiv*. València: PUV.

Moulinier-Brogi, Laurence (2012) *L'uroscopie au Moyen Âge. Lire dans un verre la nature de l'homme*. París: Champion.

Navarro i Sanchis, Josep Lluís (2003) *La Pobla Llarga. Introducció a la seua història*. La Pobla Llarga: Edicions 96.

Olaso, Vicent (1988) *L'hospital de Sant Marc de Gandia, una institució per a pobres malalts. Segles xiii-xx*. Gandia: CEIC Alfons el Vell.

Park, Katharine (1986) *Doctors and Medecine in Early Renaissance Florence*. Princeton: Princeton University Press.

Pons Alos, Vicente (1987) *Testamentos valencianos en los siglos xiii-xvi: testamentos, familia y mentalidades en Valencia a finales de la Edad Media*, Tesi doctoral de la Universitat de València.

Rawcliffe, Carole (2007) «'Word from Our Sponsor': Advertising the Patron in the Medieval Hospital». A: Henderson, John; Horden, Peregrine; i Pastore, Alessandro (eds) (2007) *The Impact of Hospitals, 300-1200*. Oxford-Bern: Peter Lang.

Revest Corzo, Luis (1947) *Hospitales y pobres en el Castellón de otros tiempos*. Castelló de la Plana: Societat Castellonenca de Cultura.

Rodríguez de Arellano, Miguel (1994) *Aportación a la historia del hospital municipal de Santa Lucía de Alzira. 1337-1983* [llibre autoeditat].

Rubio, Agustín (1984) *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo xiv*. València: Alfons el Magnànim.

Satchell, Max (2007) «Towards a Landscape History of the Rural Hospital in England, 1100-1300». A: Henderson, John; Horden, Peregrine i Pastore, Alessandro (Eds) (2007) *The Impact of Hospitals, 300-1200*, Oxford-Bern: Peter Lang.

Ségula, Didier (2011) «L'hôpital médiéval, un lieusacré? Approche iconologique d'un monument emblématique: l'hôtel-Dieu de Beaune». A: Voyer, Cécile i Sparhubert, Éric (Eds.) (2011) *L'image médiévale*. Tournhout: Brepols.

Sanchis Sivera, Josep (1927) *Quaresma de Sant Vicent Ferrer predicada a València l'any 1413*, Barcelona: Institució Patxot.

Villagrasa Elías, Raúl (2015) «Entre quatre rius. Hospitals al Baix Cinca i el Baix Segre a la baixa edat mitjana». A: *Tres estudis històrics sobre el Baix Cinca i el Baix Segre. Beques Amanda Llebot*. Fraga: Institut d'Estudis del Baix Cinca.

Voragine, Iacobus de (1988) *Legenda aurea* (excerpta) [Historia Sanctae Luciae], ed. R. Nickel, Stutgart, 1988. Consultable en <http://www.intratext.com/IXT/LAT0025/_P9.HTM> [consultada el gener 2017].

# HOSPITALS DE MUNTANYA EN ÈPOCA MEDIEVAL: ESPAIS DE CURA ESPIRITUAL I FÍSICA AL PIRINEU

Marta Sancho i Planas
*Universitat de Barcelona. Institut de Recerca en Cultures Medievals (IRCVM)*

**Resum**: A les valls pirinenques trobem molts passos de muntanya de diferent rellevància. En la majoria dels més importants trobem centres assistencials que anomenem hospitals i que solen estar vinculats a santuaris marians. Aquests establiments comparteixen la seva doble funció de cura espiritual, com a espais de culte, i cura física en disposar de zones d'aixopluc. En aquest text, presentem alguns d'aquests «hospitals» i fem un estudi territorial per detectar les seves semblances i diferències, la seva funció i la seva evolució.

**Paraules clau**: santuaris marians, espais d'assistència, hospitals de muntanya.

*Mountain Hospitals in the Middle Age: Spiritual and Phisical Care in the Pyrenean Mountain*

**Abstract**: In the Catalan Pyrenees, there are mountain passes that connect different valleys. In most of them there are hospitals and shrines that have a spiritual and physical assistance function. We try to define these supports areas, their origins and their evolution.

**Keywords**: Marian Shrines, Support Areas, Mountain Hospitals

Comelles, Josep M.; Conejo, Antoni y Barceló-Prats, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 57–72. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

## *Introducció*[1]

A l'edat mitjana, les muntanyes eren vistes com obstacles a superar, però mai com a fronteres infranquejables. La comunicació entre valls era una realitat que es fonamentava en els enllaços que oferien els colls de muntanya, pels quals transitaren viatgers de diferents característiques, comerciants, pelegrins, ramaders, artesans, reis i exèrcits. La superació d'aquests passos suposava un esforç important per aquells que havien de circular-hi, en qualsevol època de l'any, i sovint es trobaven amb inclemències meteorològiques que els feien encara més difícils. Des d'antic trobem mostres d'agraïment, de petició d'ajuda i de respecte a les divinitats que suposadament havien de protegir als viatgers, des d'altars dedicats als déus protectors fins a monuments, creus o grafits. Alguns d'aquests indrets es convertiren en centres de culte marià i tingueren continuïtat, fins els nostres dies, oferint la funció d'aixopluc que està en l'origen de la seva existència.

## *Objectius i metodologia*

L'objectiu principal d'aquest text gira entorn la identificació d'aquells espais de muntanya que van esdevenir, al llarg de la Història, llocs d'acollida i protecció, amb la intenció de definir el què hem anomenat «espais d'assistència». Dins d'aquest objectiu general, en trobem de més concrets que podem resumir en:

- Identificar els espais d'assistència de les altes valls pirinenques i concretar la seva ubicació
- Establir diferents tipologies a partir de la identificació dels elements que les composen i definir-ne les seves característiques
- Relacionar-los amb les vies de comunicació i amb àrees de pastura, per tractar-se del principal recurs generador de riquesa de la zona pirinenca
- Investigar-ne l'origen i analitzar la seva evolució, amb especial interès pel període medieval

1 Aquest capítol s'emmarca dins del projecte de recerca *Comunitats de muntanya a l'Alta Edat Mitjana: Pirineu i Prepirineu català (segles v-ix) (2014/100607)*, de la Universitat de Barcelona.

Tot i que en la majoria de casos no disposem d'evidències de la seva existència, anteriors al període medieval, s'ha procurat cercar indicis que ens permetin establir-hi algun lligam. De la mateixa manera, s'ha analitzat la seva eclosió a l'edat mitjana i s'ha realitzat un seguiment de la seva evolució, amb especial atenció als senyals de sacralització, cristianització i a la seva definició com a espais hospitalaris. Finalment, s'han cercat els enllaços amb la seva funció actual.

Per portar a terme els nostres objectius hem creat una base de dades georeferenciada amb una fitxa per a cada un dels espais d'assistència identificats i en la que s'ha recollit la informació sobre cada element que en forma part.

Així mateix, s'ha recollit informació procedent de bibliografia local i d'obres de caire etnogràfic i arqueològic, per identificar elements de sacralització i de definició del territori (creus de terme, gravats, pedres singulars…). Aquestes dades s'han relacionat amb els centres de devoció local, amb especial interès pels santuaris marians, la seva història i les seves llegendes. També ens hem documentat sobre les primeres mencions escrites d'aquests indrets i sobre les dades que ens aporta la documentació medieval coneguda.

En aquest estudi resulta del tot imprescindible la identificació de les rutes principals que foren emprades per a transitar entre una i altre vessant dels Pirineus. Per aquest motiu, el nostre text comença posicionant aquelles que considerem principals —especialment aquelles que comuniquen les valls més altes— les quals donen accés a les principals conques fluvials i d'aquí cap a les zones costaneres. Al mateix temps, s'han cercat les rutes que permeten el contacte entre dites valls de forma transversal, limitant-nos a la vessant sud del Pirineu per ser la que més coneixem. S'ha treballat amb cartografia actual i històrica així com, també, amb fotografia aèria i amb bibliografia diversa, des d'obres d'enginyers militars fins a guies de muntanya.

Amb tota aquesta informació s'han elaborat diversos mapes amb la finalitat de posicionar cada un dels elements que formen part d'aquests espais d'assistència que intentem definir. D'aquesta manera, podem observar la distribució d'aquests elements en el territori, les relacions que s'estableixen entre ells i les vies de comunicació, conjuntament, amb les àrees de pastures. Aquesta anàlisi cartogràfica ha permès posar de relleu aquells aspectes que tenen en comú així com també els que els diferencien.

Geogràficament, aquest estudi s'ha limitat a la vessant sud i, concretament, en el sector més oriental dels Pirineus que va des del coll de Panissars fins a la Vall de Benasc.[2] El motiu d'aquesta delimitació geogràfica rau en el fet d'optimitzar el coneixement real i físic que tenim sobre aquesta zona i que és del tot necessari per fer una lectura correcta del territori.

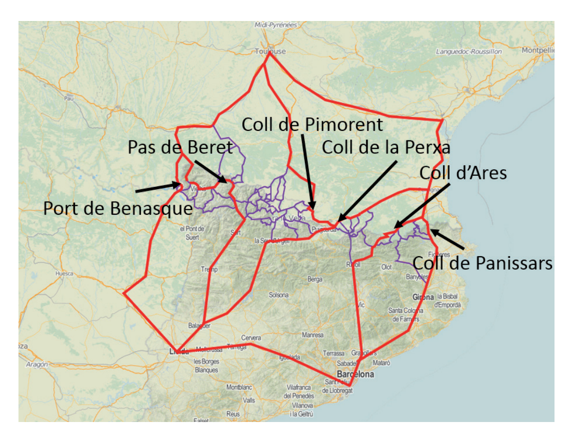
### *Les rutes pirinenques*

Els Pirineus, com ja s'ha comentat, no varen ser mai vistos com una barrera infranquejable i més aviat cal entendre'ls com un espai de contactes entre comunitats.[3] Certament, el pas entre una i altra vessant queda restringit a uns colls de muntanya, els quals no eren transitables durant alguns mesos a l'any. Enumerar-los tots resulta francament complicat ja que tots i cadascun dels afluents que tenen la seva capçalera en les parts més altes de les muntanyes, tenen el seu coll, pas o port que comunica amb l'afluent de l'altre costat de la serralada. Això no impedeix, però, identificar aquells que resulten més accessibles i precisament per aquesta raó van ser, també, els més transitats.

La vessant sud dels Pirineus es caracteritza per una xarxa hidrogràfica marcadament orientada en direcció nord-sud. Molts dels rius, doncs, inicien el seu recorregut de forma abrupta, en un punt elevat de la vall, la qual cosa propicia l'existència de colls de muntanya de notable dificultat. Tanmateix, en alguns casos, aquests rius dibuixen una línia lleugerament desviada —en direcció est o oest— tot generant unes valls més suaus que permeten enfilar-se fins els passos de muntanya amb més facilitat. Aquest seria, per exemple, el casos dels rius Segre i Noguera Pallaresa. En la seva part superior, el primer defineix la vall de la Cerdanya, mentre que el segon ho fa amb les de Montgarri-Beret. De manera similar, però menys marcada, trobem la vall alta dels rius Ter i Ésera.

2 En un primer moment ens volíem limitar a la zona catalana però hem decidit afegir la Vall de Benasc perquè en aquest indret es troba un dels hospitals que ha estat més ben estudiat des del punt de vista arqueològic.

3 Per a l'elaboració d'aquest capítol hem emprat bibliografia diversa entre la que destaquem les següents obres: (Alvira, 2013; Miret i Sans, 1905, 1907, 1918; González i Vidaller, 1999; Perán Torres, 1988; Sermet, 1962, 1965; Ubieto, 1981; Utrilla, 2001.




Camins i vies de comunicació del Pirineu. En vermell les principals i en lila algunes de les secundàries

Aquests quatre rius ens marquen quatre zones de trànsit freqüent: el coll d'Ares a la capçalera del Ter; els colls de la Perxa i de Pimorent a la capçalera del Segre; el pas de Montgarri, seguint el traçat de la Noguera Pallaresa fins al seu naixement al Pla de Beret; i, finalment, els diversos ports de la Vall de Benasc entre els que destaca el mateix port de Benasc. D'aquests, els més orientals —Ares i Perxa— comuniquen amb la vall del riu Têt, a través del qual s'arriba a la zona costanera mediterrània, amb Perpinyà com a centre més important. Els situats més a ponent, des de Pimorent fins a Benasc, estableixen connexió amb els afluents de la Garona, tot esbossant una ruta que ens porta directament a la important ciutat de Tolosa, ja en la vessant atlàntica. Així, doncs, la vall del Segre —en el seu pas per la Cerdanya— disposa de dos passos importants que es dirigeixen a les dues àrees d'influència del nord dels Pirineus: la mediterrània, per la Perxa i amb Perpinyà com a centre, i l'atlàntica, per Pimorent i amb Tolosa com a ciutat més destacada.

El sector més oriental de la serralada pirinenca baixa molt de cota i, en conseqüència, el trànsit resulta més fàcil, especialment pel coll del Pertús i els colls veïns de Panissars —a la capçalera del Llobregat d'Empordà—, de Lli i de Pous —a la capçalera de la Muga—.[4] Pel coll de Panissars hi circu-

4 Val la pena recordar que dels colls i ports citats, fins ara, en quatre casos actualment i trobem carreteres —Pertús, Ares, Perxa i Pimorent— i en un —Montgarri— s'hi pot passar en cotxe la major part de l'any.

lava la via romana coneguda, en la vessant meridional, pel nom de *Via Augusta* i, en la septentrional, per *Via Domitia*. Vinculats a tots aquests colls trobem nombroses construccions defensives i d'aixopluc que es remunten a l'època antiga.[5] A aquestes principals zones de pas, hem d'afegir-ne d'altres que —per presentar més dificultats— deixaren de ser transitades. Entre aquestes zones destaca, a la capçalera del riu Freser, la de la Vall de Núria, d'origen glacial i encerclada per cims que superen —pel nord, l'est i l'oest— els 2.500 metres. En aquesta àrea, doncs, els passos de muntanya són múltiples. Malgrat que molts d'ells són de difícil accés, el cert es que permeten la comunicació entre les petites valls que dibuixen els afluents del Têt —a l'altre costat del Pirineu (colls de Noucreus i de Noufonts)— i l'alta vall del Segre (colls d'Eina i de Finestrelles) i, també, amb Coma de Vaca i la vall del Ter (colls del Torreneules i de la Marrana). De forma similar, a l'alta vall del Valira —Vall d'Andorra— trobem els ports de Claror, Perafita, Vallcebre i la Portella Blanca que connecten amb la Cerdanya; els ports d'Envalira i Fontargent que enllacen, en direcció Foix, amb l'Arieja; els ports de Sigueri de l'Arbella en direcció a Vicdessos; i, finalment, un seguit de ports que enllacen amb la Vall Ferrera i el Pallars, entre els que destacarem els ports de Rat, Portella de Baiau, Cabús, Pas d'Òs de Civís i Collada de Canòlic.

També la Vall Ferrera presenta nombrosos ports de connexió amb Vicdessos —ports de Boet, port Vell i de Canalbona— i amb la vall del Salat que connecta amb Saint-Girons i Saint-Gaudens, pel coll de Sellente, fins la Vall de Cardós i, a partir d'aquí, amb els ports de l'Artiga, de Lladorre, de Colatx i de Tavascan.

Continuant cap a l'oest, ens trobem amb l'àrea de Montgarri —a la capçalera de la Noguera Pallaresa— i, novament, localitzem un seguit de ports que condueixen cap a diverses valls secundàries de l'altra banda dels Pirineus. Els més destacats són els de Salau, d'Aulà i d'Òrla, que s'afegeixen al ja citat pas de Montgarri, per Beret, on tenen les seves fonts, a poca distància l'un de l'altre, els rius Noguera Pallaresa i Garona. Aquest darrer riu configura la Vall d'Aran, de titularitat catalana però totalment abocada a

5 A l'Edat Mitjana hi trobem el cenobi amb funcions hospitalàries de Santa Maria de Panissars, a les proximitats de les *Clausurae* d'origen romà que protegien aquest indret. Des d'època Antiga es documenta un establiment d'acollida —*mansiones*— en les seves proximitats, coneguda amb el nom de *Mansio de summus Pyrenaeus*. (Burch *et alii*, 2005, 162-165; Nolla i Castellví, 2011, 43-45).

la vessant nord del Pirineu. Per accedir-hi des de la vessant sud, a més del darrer pas citat, trobem el Port de la Bonaigua que uneix l'alt Pallars amb la Vall d'Aran. Des de la Noguera de Tort i la Vall de Boí podem accedir-hi pel port de Caldes fins a Tredós i pel Collet de Güellacrestada en direcció a Arties. També, des de la capçalera de la Noguera Ribagorçana, podem accedir a la Vall d'Aran pels ports de Rius, Vell de Toro i el més conegut de Vielha.

Ja a l'Aragó, la vall de l'Èssera —en la seva part més alta coneguda com a Vall de Benasc— ens permet enllaçar, també, amb la Vall d'Aran a través dels ports de la Picada i el Pas de l'Escaleta fins a l'Artiga de Lin. Més a ponent, els ports de Benasc, de la Glera i el port Vell, condueixen directament a Bagnères-de-Luchon.

En síntesi, tot i que de forma somera, hem presentat els principals passos de muntanya que permetien —i encara permeten— la connexió entre una i altra vessant del Pirineu. Tres idees clau es desprenen d'aquesta descripció. En primer lloc, l'escassa dificultat dels passos més orientals situats a les capçaleres del Llobregat d'Empordà i de la Muga. En aquest sentit, s'ha de destacar l'accessibilitat pels passos del Pertús —per on actualment circula l'autopista cap a França— i de Panissars —on encara, a dia d'avui, es conserven importants vestigis romans que ens indiquen el punt de confluència de les dues grans vies romanes d'aquestes contrades: la Via Domitia i la Via Augusta. En segon lloc, l'existència d'uns passos de relatiu fàcil accés, distribuïts al llarg de tota la serralada pirenaica, atès que aprofiten l'orografia que dibuixen determinats rius principals (Segre, Noguera Pallaresa, Ter i Éssera). I, en darrer lloc, la identificació d'unes àrees aparentment molt tancades, però que disposen de nombrosos ports de muntanya —molt més dificultosos que els anteriors— que possibiliten el contacte amb les valls secundàries de l'altre costat com són la Vall de Núria, la Vall d'Andorra, la Vall Ferrera, la Vall de Boí i el Vall de Benasc).

### *Santuaris marians, ports de muntanya i zones de pastures*

Un primer cop d'ull ens permet veure, de forma ràpida, la relació entre els santuaris marians del Pirineu i els colls de les rutes transpirinenques. La relació és clara com es pot veure en la següent taula.

| Santuaris marians | Passos de muntanya |
|---|---|
| Mare de Déu del Coral | Coll d'Ares |
| Mare de Déu de Núria | Noucreus, Noufonts, Eina, Finestrelles, Torreneules, la Marrana |
| Mare de Déu de Font-Romeu | Perxa |
| Mare de Déu de Pimorent | Pimorent |
| Mare de Déu de la Serra | Òs, Canòlich, Cabús |
| Mare de Déu de les Ares | Bonaigua |
| Mare de Déu de Montgarri | Montgarri, Beret, Salau, Aula, Orla |
| Mare de Déu de Caldes | Caldes, Guellacrestada, Portarró d'Espot |
| Mare de Déu de l'Artiga de Lin | Port de la Picada, Pas de l'Escaleta |
| Mare de Déu de Bell-Lloc | Pimorent, Perxa |
| Mare de Déu de Canòlich | Rat, Baiau, Cabús, Òs, Canòlich |
| Mare de Déu de Naut d'Aran | Bonaigua, Caldes |
| Mare de Déu de Meritxell | Envalira, Fontargent, Claror, Perafita, Vallcibere, Portella Blanca, Siguer, Arbella |
| Mare de Déu de Salines | Lli, Pous |
| Mare de Déu del Pont | Sellente, Artiga de LLadorre, Colatx, Tavascan |

Fins a cert punt aquest fet no és sorprenent ja que, donada la quantitat de ports i colls existents, qualsevol indret accessible queda forçosament en l'àrea d'influència d'un o altre pas de muntanya. El que sobta és que, en tots els casos, es tracta de santuaris dedicats a la Mare de Déu i que, en gairebé tots, hi trobem la recurrent història de la Mare de Déu trobada, amb molt poques variacions entre uns i altres relats.[6] Si considerem que un santuari és un indret sagrat en què s'ha produït algun tipus de revelació o acte miraculós, ens hem de preguntar què podien tenir de miraculosos o sagrats aquests espais per tal que l'Església optés per propiciar, a través dels relats de les marededéus trobades, el culte a la Mare de Déu. Els protagonistes principals d'aquestes històries solen ser un pastor i un animal del seu ramat, generalment un bou o toro. Aquest darrer actua de forma estranya fins que el pastor va a veure què li passa i descobreix una imatge

6 Sobre les Mare de Déu trobades, vegeu: Delcor, 1970; Moran, 1995 i Pladevall, 1998.

de la Mare de Déu. En intentar emportar-se-la succeeix algun tipus de miracle que fa entendre al pastor, i a tota la comunitat, que és en aquell precís indret on la verge vol ser adorada i, en conseqüència, se li construeix un santuari.

La historiografia medieval sol iniciar el seu discurs a partir del moment en què s'inicia el relat de la descoberta de la Mare de Déu, el qual acostuma a coincidir amb la cronologia de les imatges romàniques que encara es conserven o d'aquelles sobre les que es disposa de dades fiables. El segle XII seria doncs el punt de partida, d'inici o de fundació d'aquests santuaris dels quals s'eludeix i fins i tot s'ignora qualsevol referència anterior.

Des d'altres camps com l'antropologia s'insinua la relació entre el culte a la Mare de Déu i els cultes pagans a la fertilitat —relacionats amb la Mare Terra o amb la deessa grega Cibeles o romana Magna Mater— representants de la fertilitat de la natura i amb les muntanyes, les coves, les roques i els animals salvatges com a símbols d'aquestes atribucions. En aquest sentit, els cultes a la fertilitat es remunten a períodes prehistòrics en els que ja trobem petites escultures femenines, conegudes com a Venus prehistòriques, amb les atributs sexuals exageradament marcats. La llarga continuïtat d'aquests cultes i la força que degueren tenir podrien haver estat considerats per l'Església catòlica com un dels reptes més importants en el seu afany de cristianització de la població. Especialment, en aquelles zones, com les muntanyoses, on el seu arrelament devia ser més fort, atès que aquests eren espais en els que les comunitats humanes mantenien un contacte intens, diari i sovint hostil amb la natura a la qual feien front, també, amb creences i mites.[7]

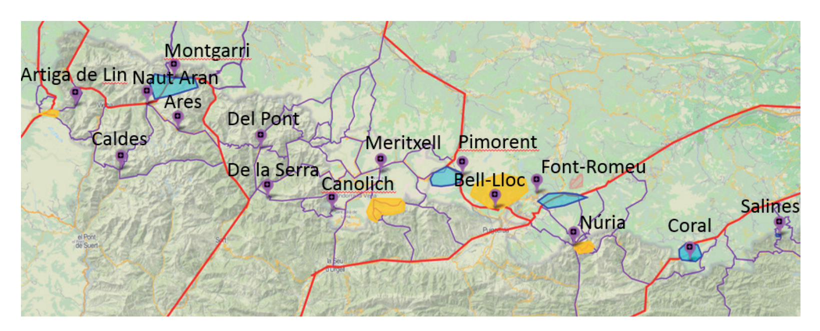
Comprendre i acceptar el culte marià com la transformació i continuïtat dels cultes atàvics a la fertilitat de la naturalesa i a la mare terra, ens obre una porta a la identificació i interpretació dels espais on trobem els santuaris dedicats a la Mare de Déu.[8] Així, doncs, situar el punt d'inici de l'existència d'aquests santuaris en el moment de descoberta d'una imatge de la Mare de Déu, que mostra la seva voluntat de quedar-se exactament al lloc on ha estat trobada, respon a la voluntat de les autoritats eclesiàstiques

7 Vegeu Belarte i Santmartí, 1997; Christian, 1981; Prat, 1983; Villegas, 2008.

8 En aquest sentit, cal remarcar l'interès de l'Església per trencar aquest vincle i mostrar el culte a la Mare de Déu com a original, propi i característic de l'espiritualitat cristiana, sense relació amb els cultes pagans esmentats (Prat, 1983).

de posar fi als cultes pagans, poc idonis dins la mentalitat cristiana i oferir, al mateix temps, un culte substitut capaç de recollir i vehicular l'espiritualitat popular arrelada en aquells indrets.

Ara bé, el clar lligam dels indrets on se situen els santuaris esmentats amb les vies de comunicació i amb zones de pastura, ens suggereix altres funcions d'aquests santuaris, més enllà de la seva influència en l'espiritualitat popular.




Santuaris marians localitzats en la zona estudiada. Es veu bé la relació amb els passos i camins de muntanya

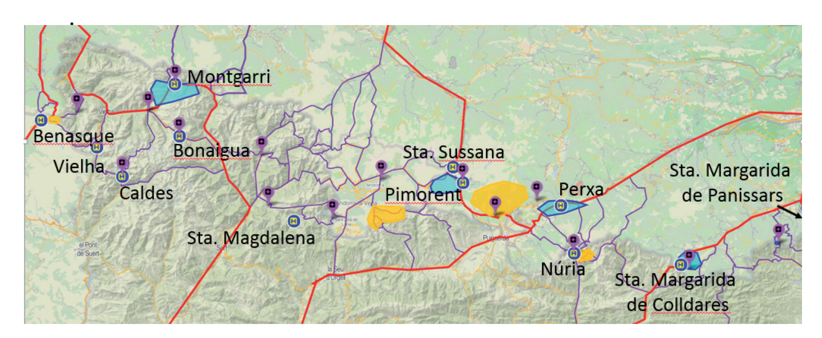
En el mapa superior podem apreciar aquesta coincidència entre les vies de comunicació i els santuaris marians i, també, entre aquests i les àrees de pastures documentades. De fet, val a dir que aquest darrer aspecte resulta un xic massa evident. Pràcticament, tota la serralada pirinenca presenta zones aptes per a la pastura de ramats durant els mesos d'estiu. Nosaltres, però, ens hem limitat a cartografiar aquelles zones en què hi ha constància de la seva existència a l'edat mitjana, ja sigui a través d'estudis realitzats a base de documentació escrita o bé d'aquells fets a partir d'anàlisis arqueològiques. Tanmateix, tal com es pot apreciar en el mapa de referència, sembla prou clar que en totes les zones de pastures indicades hi trobem un santuari marià. Igualment, la presència de ramats pasturant en les zones properes a tots els santuaris marians documentats és una constant en l'actualitat i només cal observar l'entorn d'aquests santuaris per palesar la seva idoneïtat pel seu ús ramader.

## *Hospitals i balnearis*

Els espais d'assistència que estem intentant definir i identificar no es limiten, només, a l'existència de santuaris que complirien amb una funció assistencial de caire espiritual. Cal, també, destacar la presència d'altres establiments que procuren per l'assistència física d'aquelles persones que, per una o altra raó, circulen o fan estada en indrets de muntanya com els de les valls altes dels Pirineus.[9]

És per això que ens hem fixat en altres elements com ara els hospitals i els balnearis. De fet, tant uns com els altres han complert, al llarg dels segles, amb aquesta funció assistencial. Els balnearis ja des del període clàssic i el hospitals com una institució generada durant l'edat mitjana. Entre uns i altres, l'existència de comunitats monàstiques podrien haver cobert aquesta necessitat, tot i que es fa difícil demostrar aquesta activitat més enllà de les disposicions de les regles en les que sòl aparèixer alguna referència a l'acolliment de viatgers i hostes en general.

En el següent mapa, podem observar la proximitat d'aquests establiments als santuaris abans indicats




Hospitals identificats. Es pot observar, en molts casos, la seva proximitat als santuaris

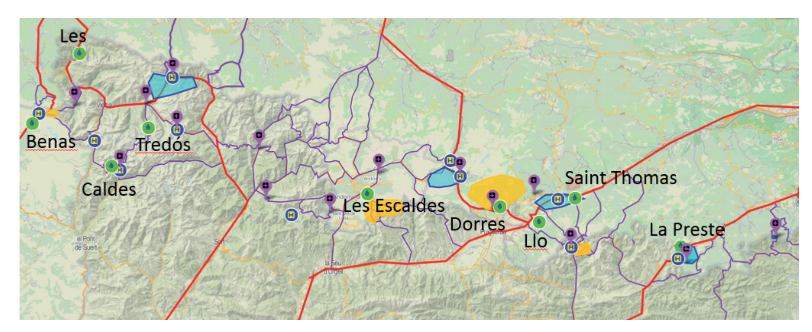
Dels tretze hospitals identificats, 10 es troben en les proximitats d'un santuari marià i són els següents:

9 Als anys 30 del segle passat César Martinell ja va senyalar la importància dels establiments hospitalaris de muntanya en dos articles, (Martinell 1935a; 1935b).

| Santuaris marians | Hospitals |
|---|---|
| Mare de Déu del Coral | Santa Margarida de Colldares |
| Mare de Déu de Núria | Núria |
| Mare de Déu de Font-Romeu | Perxa |
| Mare de Déu de Pimorent | Pimorent i Santa Susanna |
| Mare de Déu de la Serra | Santa Magdalena |
| Mare de Déu de les Ares | Bonaigua |
| Mare de Déu de Montgarri | Montgarri |
| Mare de Déu de Caldes | Caldes |
| Mare de Déu de l'Artiga de Lin | l'Artiga de Lin |

Els altres tres són els hospitals de Santa Maria de Panissars, Sant Nicolau de Vielha i el de Benasc. Els santuaris que no disposen d'hospitals en les seves proximitats són els de Salines, Bell-lloch, Meritxell, Canòlich, Del Pont i de Naut Aran. Ara bé, exceptuant el cas del santuari de la Mare de Déu de Salines, en la resta de casos l'hospital més proper es troba a menys d'una jornada de camí: l'hospital de la Perxa per Bell-lloch; el de Santa Susanna per Meritxell; el de Santa Magdalena per Canòlich i el de Santa Magdalena per la Mare de Déu del Pont i els de laBonaigua i Montgarri pel de Naut Aran.

Pel que fa als balnearis, nou dels deu es troben o bé prop d'un santuari marià o bé prop d'un hospital i només un —el de Tosses— es situa en un punt més allunyat dels espais d'assistència de Núria i Font-Romeu/Perxa.




Balnearis localitzats. Resulta interessant veure la proximitat a santuaris i hospitals de la majoria d'ells

| Santuari i/o Hospital | Balneari |
|---|---|
| Mare de Déu del Coral/Santa Margarida | La Preste |
| Mare de Déu Font-Romeu | Llo |
| Hospital de la Perxa | Saint Thomas |
| Mare de Déu de Bell-Lloch | Dorres |
| Mare de Déu de Meritxell i Mare de Déu de Canòlich | Les Escaldes |
| Mare de Déu de Caldes | Caldes |
| Mare de Déu de Naut Aran | Tredós |
| Mare de Déu de l'Artiga de Lin | Les |
| Hospital de Benasc | Benas |

Per acabar de completar aquesta anàlisi, no podem deixar de comentar que els establiments esmentats —tant els santuaris, com els hospitals i els balnearis— es troben, en la majoria dels casos, a una altitud situada entre els 1300 i els 2000 metres. Així doncs, veiem com el 66% dels santuaris, el 84% dels hospitals i el 63% dels balnearis se situen dins d'aquesta forquilla, en una cota més baixa però en clara relació amb els colls de muntanya que solen estar ubicats a unes altituds d'entre els 1500 i els 2500 metres.

*Espais d'assistència en zones de muntanya*

En aquest estudi hem intentat posar en relació un seguit d'establiments d'acollida que al llarg de la història han estat imprescindibles per l'assistència d'aquelles persones que, per una o altra raó, havien de circular per les zones d'alta muntanya del Pirineu. Això ens ha permès identificar uns espais, que anomenem d'assistència, ubicats en llocs estratègics, tant pel què fa a les vies de comunicació com per la seva relació amb les zones de pastura, veritable riquesa de les àrees muntanyoses.

Fins ara, els treballs realitzats tendien a analitzar un o altre tipus d'establiments, però no trobem estudis en els que es posin en relació tots ells per tal d'intentar copsar-ne les relacions i veure la coherència del model assistencial de muntanya. Un cop fet aquest exercici, es fan visibles les relacions que existeixen entre uns i altres, de manera que se'ns dibuixen uns espais que, des de molt antic, han funcionat com a llocs d'aixopluc i d'assistència, independentment del tipus d'establiment que allí s'hi trobés.

No hi ha dades que ens permetin identificar aquests refugis abans del període de dominació romana. Però, a partir d'aquest període s'evidencia la seva presència, ja sigui en els balnearis —com el de Dorres o el de Tredós— o en les *mansiones* —com la *Mansio de summus Pyrenaeus*—. En el període de decadència de les estructures romanes i abans de la consolidació del nou model feudal, sabem de la presència de comunitats monàstiques que exerceixen aquesta funció —seria el cas de Santa Maria de Colldares o el de Santa Magdalena—. La feudalització, i molt especialment la valorització de la ramaderia com a part important de l'economia de determinades institucions —com ara el Cister—, van comportar un interès creixent en el control de les zones de muntanya, especialment de les pastures. La propagació del culte marià va esdevenir l'eina necessària per reorganitzar aquests espais i convertir-los en centres de devoció, esborrant qualsevol altre signe d'espiritualitat pagana anterior.

El culte a Maria va recollir totes les manifestacions d'espiritualitat popular en una de sola i, al mateix temps, va oferir la possibilitat de convertir els establiments d'assistència existents —i fora del control de l'Església— en nous centres d'acollida. La Verge acull als seus fidels i la immensitat del seu culte, conjuntament amb l'arrelament del seu misteri i miracles, va esborrar tot allò anterior que pogués haver existit. Aquest fet es va produir a l'entorn dels segles XI-XII, com ho mostren la datació de les nombroses talles romàniques de la Mare de Déu que s'han conservat.

La coincidència amb el moment àlgid de la peregrinació cap a Santiago, ha propiciat que molts autors relacionessin la creació d'establiments d'assistència amb aquest moviment de pelegrinatge. Tanmateix, aquest estudi ha intentat demostrar com la presència de llocs d'aixopluc i assistència —física i espiritual— és una realitat molt anterior a aquest moviment de pelegrins. En aquest sentit, s'ha de relacionar molt més amb les activitats productives, principalment amb la ramaderia, que es desenvoluparen en les zones d'alta muntanya i que requerien l'existència d'aquests llocs de refugi. Òbviament molts d'aquests llocs es troben al peu dels principals passos que permetien el contacte entre valls i vessants i acollien, també, a viatgers i caminants, ja fossin militars, mercaders, ramaders, pagesos, nobles o religiosos.

Per tot plegat, considerem que és una simplificació excessiva pretendre explicar l'existència de santuaris marians i dels hospitals de muntanya, només, des de la perspectiva del camí de Sant Jaume. La peregrinació a Santiago, en canvi, si que va ajudar a estimular el desenvolupament i consolidació d'aquests espais com a centres d'acollida vinculats a la fe catòlica i, fins i tot, en algunes ocasions —com és el cas de Núria— es van convertir per ells mateixos en llocs de pelegrinatge.

## *Bibliografia*

ALVIRA, Martín (2013) «Itinerario entre batallas. Los desplazamientos de Pedro el Católico, rey de Aragón y conde de Barcelona, de julio de 1212 a septiembre de 1213». *De Medio Aevo*, 3: 1–42.

BELARTE, Mª Carme i SANTMARTÍ, Joan (1997) «Espais de culte i pràctiques rituals a la Catalunya protohistòrica». *Quaderns de Prehistòria i Arqueologia de Castelló*, 18: 7–32.

BURCH, Josep; NOLLA, Josep M.; FARAHÍ Lluís; SAGRERA, Jordi; SUREDA, Marc; i VIVÓ, David (2005) «El castellum de Sant Julià de Ramis». *Tribuna d'Arqueologia*, 2001–2002: 189–206.

CHRISTIAN, William A. (1981) *Apparitions in Late Medieval and Renaissance Spain*. Princeton: Princeton University Press.

DELCOR, Maties (1970) *Les Verges Romàniques de la Cerdanya i el Conflent*. Barcelona: Rafael Dalmau.

MARTINELL, César (1935a) «Els hospitals medievals catalans». *Pràctica Mèdica*, 3/27: 109-132.

— (1935b) «Les hôpitaux». A: *L'architecture gothique civil en Catalogne*. Mataró: Impremta Minerva.

MIRET I SANS, Josep Maria (1905) «Itinerario del rey Pedro I de Cataluña, II de Aragón (1196-1213)». *Boletín de La Real Academia de Buenas Letras de Barcelona,* 3: 79–519.

— (1907) «Itinerario del rey Pedro I de Cataluña, II en Aragón (1196-1213)». *Boletín de La Real Academia de Buenas Letras de Barcelona*, 4: 15–114.

— (1918) Itinerari de Jaume I. Barcelona: CSIC.

MORAN, Josep (1995). «Més dades sobre les verges trobades». *En Estudis d'onomàstica catalana*. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat.

NOLLA, Josep M. i CASTELLVÍ, Georges (2011) «L'albera a l'antiguitat: la frontera permeable». *En Actes del congrés: Fronteres*. Figueres: Institut d'Estudis Empordanesos.

ONA GONZÁLEZ, José L. i VIDALLER, Rafael (1999) *Camino histórico de Roda de Isábena a Saint Bertrand de Comminges. Tramo Sahún-Frontera francesa / Chemin historique entre Roda de Isábena et Saint-Bertrand-de-Comminges. Tronçon Sahún-Frontière française*. Zaragoza: Diputación General de Aragón.

Perán Torres, Gregorio (1988) *Los Caminos de Catalunya en la primera mitad del siglo xviii : una estructura viaria preindustrial. Tesis doctorales (Universidad Complutense de Madrid)*; Universidad Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía.

Pladevall i Font, Antoni (1998) «El culte a la Mare de Déu a Catalunya dels segles xi al xiii, a través de les notícies històriques i del testimoni de la iconografia romànica». *En Miscel·lània en homenatge a Joan Ainaud de Lasarte*. Barcelona: MNAC - IEC - Abadia de Montserrat.

Prat, Joan (1983) «Les Verges trobades: Cristianització de cultes a la fecunditat?». *Ciència*, 26: 44–49.

Sermet, Jean (1962) «Communications pyrénéennes et transpyrénéennes». *En Actes du IIe Congrès de l'Union Internationale d'Études Pyrénéennes (Luchon-Pau, 21-25 septembre 1954), t. VII, sect. VI: La frontière franco-espagnole*. Tolosa de Languedoc.

— (1965) *Les routes transpyrénéennes*. Toulouse: Société d'Histoire des Communications dans le Midi de la France- Comité Régional de Tourisme Midi-Pyrénées.

Ubieto, Antonio (1981) «Los caminos que unían a Aragón con Francia durante la Edad Media». *En Les communications dans la péninsule Ibérique au Moyen Age. Actes du Colloque de Pau (28-29 mars 1980)*. París: CNRS.

Utrilla, Juan F. (2001) «Los itinerarios pirenaicos medievales y la identidad hispánica: relaciones ultrapirenaicas y estructuración del poblamiento». *En Itinerarios medievales e identidad hispánica. XXVII Semana de Estudios Medievales (Estella, 17-21 de julio de 2000)* (pp. 357–392). Pamplona: Gobierno de Navarra.

Villegas, Francesc (2008) «La tradició remeiera dels santuaris marians del Bergadà, a través dels goigs». *Gimbernat*, 49: 49–64.

# BENEFICÈNCIA, PLURALISME ASSISTENCIAL I HOSPITALS AL MÓN RURAL TARRAGONÍ (FINS EL SEGLE XIX)

Coral Cuadrada
*Universitat Rovira i Virgili. Medical Anthropology Research Center (MARC). Departament d'Història i Història de l'Art*

**Resum**: L'estudi històrico-etnogràfic de la beneficència, hospitals rurals i pluralisme assistencial són els tres eixos d'aquesta comunicació. És una proposta de recerca i de consideració de fonts d'arxiu poc usuals en la història hospitalària a Catalunya. Opto decididament per la llarga durada com a eina explicativa, per senyalar els canvis i/o permanències, conscient de que les anàlisis centrades en un sol període històric són incapaces de copsar-los, restant sovint en el registre de presències.

**Paraules clau**: beneficència, hospitals rurals, pluralisme assistencial.

*Charity, medical pluralism and rural hospitals in Tarragona (until nineteenth century)*

**Abstract**: The study historical and ethnographical around charity, rural hospitals and medical pluralism are the three main pillars of this communication. Is a research and a deliberation of archival sources which are unusual to the Catalonian historical knowledge of hospitals. I am firmly heading towards the long term as an illustrative tool (to denote the changes and/or stabilities) conscious about the fact that these investigations which point into one specific historic term are unable to grasp them.

**Keywords**: Charity, Rural hospitals, Medical pluralism.

Comelles, Josep M.; Conejo, Antoni y Barceló-Prats, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 73–87. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

## *D'antuvi*

Els aspectes a considerar estan ja indicats al títol, l'opció de la llarga durada és conscient i una constant en les meves recerques. Em limito a brindar idees, noves vies d'investigació a través de fonts diferents, suggerències…

## *Hospitals*

Des de la reforma benedictina, portada a terme en el regnat de Lluís el Pietós, i la seva generalització per a tots els monestirs en època carolíngia, s'aplica la Regla de Sant Benet (534-550), en la qual queda palesa l'obligació de tenir cura dels malalts (c. XXXVI) «de tal manera que siguin servits com si fossin realment el Crist». Per tant, l'abat ha d'esmerçar la màxima cura per a que no pateixin de cap malestar: gaudiran d'habitació a part, d'un servidor, d'ús dels banys i de menjar especial. La beneficència pública es va articulant al llarg de la història mitjançant institucions diverses, que ens pervenen documentades des del s. XII. Per exemple, la primera notícia que tenim d'un qüestionari de visites pastorals a la Corona d'Aragó és el de Tortosa (1314), en ell hi ha un capítol dedicat a supervisar l'hospitalitat dels clergues: «Item, si servat hospitalitatem» (García, 1993: 101-102), la qual cosa ens indica que es vigila si i com els clergues acullen als pobres a les seves parròquies. El de Jaume Marquilles (1413-14), inclou un capítol que diu: «Item, si aliquis fuerit administrator hospitalis vel alterius rey ecclesiastice, ut compotum reddat de administratis» (Monjas, 2005: 258-265). En el transcurs de cent anys, doncs, es passa de l'obligació d'acollida als indigents a la constatació d'existència d'hospitals —institucions caritatives.

Coneguts són hospitals rurals medievals a Catalunya: el del Castell del Papiol, el dels pobres de Crist de Sant Vicenç dels Horts, el d'Olesa o de Cervelló, els anomenats de camí —Hospitalet de Llobregat, Hospitalet de l'Infant—, el de Sant Boi. Aquests hospitals exercien una acció més benèfica que sanitària, tot acomplint una tasca que avui en diríem social. La funcionalitat dels hospitals consistia únicament, en alguns llocs, en servir d'alberg per a malalts i peregrins[1] que estaven de camí —«que passen per

1 El Camí Reial de València a Saragossa generà una ruta de peregrinació sovintejada i, per tant, provocà la creació d'hospitals i centres d'acollida, com succeí al llarg de tot el Camí de Santiago, des de l'edat mitjana (Faus Gabandé, 2011).

allà»— i, també, per als malalts pobres i sense família de la localitat. A través de les visites realitzades als Hospitals de Sant Vicenç i El Papiol veiem que eren molt precaris: els registres ens han deixat uns inventaris dels béns exigus, composats per tres llits i alguna flassada el de Sant Vicenç; i tres llits, vuit flassades, dues olles i una caldera el d' El Papiol. A més, sovint tenen aquest aixovar esquifit en mal estat, i cal reparar-lo. Normalment, hi havia uns acaptadors que recollien les almoines en diners o aliments i, també, llegats de difunts que deixaven robes i llits (Monjas, 2005: 409).

He buidat varis llibres de visites pastorals de la diòcesi tarragonina, des del s. xv al xix.[2] Al corresponent a mitjan Quatre-cents i el posterior no s'esmenten hospitals[3]. En el del xvii documento mencions a altars, causes pies, confraries, bacins, administració de caritat a pobres vergonyants, però continuo sense trobar cap notícia referent a una institució hospitalària. Ja al xviii, a la *Visita general hecha por el ilustrísimo y reverendísimo señor doctor don Juan Lario y Lancis, arzobispo de Tarragona*, es fa referència a hospitals de pobres a Tamarit, Torredembarra, l'Argilaga, Vallmoll, l'Aleixar, Borges del Camp, Torroja, Morera, Poboleda, Prades, Bellvei, Albí, Vimbodí, Tivissa, Montblanc, Vilallonga, El Morell, Vilaseca i Riudoms. Alguns d'ells es troben en pèssimes condicions: «Por quanto el Hospital que había en esta villa [Tamarit] se halla enteramente arruinado…». A d'altres indrets es demanen millores:

> y de las 500 ll. que debían a dicho Santo Hospital [Montblanc], puedan invertir y aplicar la cantidad que fuere menester en la Construcción y fábrica de una pieza para la separación de Hombres y Mujeres en dicho Santo Hospital, u otra que les pareciere más conveniente para la decencia y comodidad de los pobres Enfermos y Pasajeros, procurando ante todas cosas el necesario surtimiento de ropas, camas y otros utensilios.

A Vilallonga es cita l'existència de cirurgians: «Asimismo hallamos que desde primero de enero de del 1774 por muerte de Antonio Blanch cirujano, habita dicha Casa Francisco Salas, también cirujano…»; a Riu-

2 Les signatures arxivístiques es troben a l'apartat Fonts. És evident que les dades exhumades no representen una total exhaustivitat, per a assolir una imatge més fidedigna caldria recollir les dels arxius municipals, així com d'altres tipologies. Els registres de defuncions ens aporten dades d'epidèmies (Roig Soronellas, 2015: 29-58); i cal tenir també en compte les notícies procedents de les monografies històriques locals.

3 N'hi havia, però. Mostra en tenim a Alcover, amb un documentat el 1591 (Sánchez i Ripollès, 1987: 14-23).

doms la capella: «y lo pagado y expendido á beneficio del Santo Hospital en socorro de los Pobres y obras hechas en la Capilla del mismo Hospital».

El *Llibre de decrets de visites pastorals* del Vuit-cents em nombra els hospitals de l'Albí, Borges, El Catllar, Constantí, Espluga Calva, Guimerà, Pont d'Armentera, Porrera, Reus, Riudoms, Vilallonga, Vilaseca i Vilosell. Com veiem, el nombre de centres era elevat, a molts pobles era una casa o casalot, no sempre ben cuidat, en realitat no es tractava d'un edifici sanitari, sinó més aviat de dipòsits de malalts. Tanmateix s'hi efectuaren modificacions, sobretot durant els llargs anys de guerres —com les carlines: aleshores s'omplien de ferits, que se solien infectar gairebé tots. Hi havia també ermites dedicades als Sants Cosme i Damià[4] [L'Albí]. S'ordenà als rectors que, a fi de posar remei a l'estat d'abandó d'alguns hospitals, exhorti als parroquians a contribuir en obres pies «empleando su zelo y caridad pastoral [...] se lleven sus quentas con la formalidad y justificación debida para socorro de los Pobres enfermos». A Reus:

> Hay un Hospital para los pobres enfermos de esta Villa que se mantienen con el mayor aseo y limpieza, hay gran cuidado de la sazón de la comida, puntualidad de medicamentos y asistencia de Médicos, Cirujanos y demás Ministros según las facultades de dotación y rentas, cuida de la dirección una Administración compuesta de seis Administradores, nombrados de varias clases de esta Villa, que propone el Ayuntamiento[5] quando sucede alguna vacante y aprueba el Real Acuerdo. Es el Presidente el Señor Alcalde Mayor. Los enfermos están servidos por las hijas de la Caridad de la Congregación de la Misión de San Vicente de Paul.
>
> A los enfermos se les administra el Viatico de la Parroquial, menos que sea en casos repentinos, de noche, ó en tiempos de lluvias, que entonces se les administra de la Iglesia del mismo Santo Hospital, donde tienen reserva para la Santa Comunión las Hermanas, por uno de los Capellanes ó Beneficiados, que hay en el mismo, y estos también administran siempre la Extremaunción. Los Administradores formalizan cuentas de cargo y data, y las presentan en la Santa Visita; pero ninguna intervención tiene en ellas el Cura Párroco.

4 A Tarragona hi havia el Col·legi de Sant Cosme i Damià, de la capella homònima del claustre de la Catedral (Riera Blanco, 1999: 63-80).

5 Un model de governança que permeté la subsistència de l'hospital en base al pressupost municipal (Barceló i Comelles, 2014: 347-351).

Les dones sanadores, clars exemples de la pluralitat assistencial existent durant tota la medievalitat i part de la primera edat moderna, segurament arran de les persecucions i acusacions de pràctica de bruixeria, es van refugiant en la caritat cristiana i l'assistència social, no com a protagonistes de la cura mèdica, sinó —dirà més endavant Concepción Arenal (1820-1893)— com a «indispensables auxiliares». En aquest sentit és interessant no només trobar-les com a Filles o Germanes de la Caritat, sinó també presidint i gestionant hospicis i hospitals (Arenal, 1861: 48-49):

> Las altas clases, dicho sea en honor suyo, han dado un alto ejemplo. Donde quiera que veáis algunas piadosas mujeres reunidas para consolar a sus hermanos dolientes, preguntad quién las preside, y os responderán: La señora Condesa de… la señora Marquesa de… la señora Duquesa de… Está bien, pero no basta. La caridad no puede ser una virtud aristocrática; es la virtud de la humanidad.

Mostra en tenim a Vila-seca. El 1804 els regidors de l'ajuntament es feren càrrec de l'administració de l'hospital, rellevant així al rector. La Constitució de 1812 va establir que passessin a mans dels ajuntaments tots els hospitals, hospicis, cases d'expòsits i altres establiments de beneficència, i que les Diputacions provincials fossin les encarregades de vetllar pel bon funcionament d'aquests centres, excloent-ne els antics propietaris de tota tasca de govern. Es conserva un inventari que porta aquest encapçalament:

> Ynventari pres per las administradoras dona Ysabel Kies y Pons y dona Maria Teresa Pomarol y Magriña, al maig de 1844 de las robas y demes pertañent al Sant Hospital de Vilaseca, en presencia del senyor ecònomo don Ramon Monguio y del regent abaix firmat per qui fou escrit y va tret lo present; comparant-lo de mateix temps ab los ynventaris anteriors per lo governt, los quals quedan refundits aquí (AHAT, 6.196.1.6. Hospital).

Si indaguem sobre les administradores, comprovem que pertanyien a les famílies més riques del municipi, ambdues es troben entre els set majors contribuents l'any 1747 (Morell i Torredemè, 1998: 124); els Kies eren, a més, nobles (Fàbregas Roig, 2014: 35-52). Uns deu anys abans, a la visita pastoral es troba un altre inventari, que «tiene las alajas siguientes»:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Sabanas nuevas | 24 | | Medias pares | 1 |
| Cortes de sabanas usadas | 3 | | Lienzos de cocina | 6 |
| Camisas de hombre | 14 | | Vendas | 23 |
| Id de Muger | 12 | | Pañuelos | 6 |
| Cubre Camas Blancos | 2 | | Cantos | 8 |
| Mantas | 8 | | Cuchillos | 2 |
| Id usadas | 1 | | Almirez de cobre | 1 |
| Largones | 10 | | Santo Christo de mesa | 1 |
| Almoadas | 4 | | Otro de Cama | 1 |
| Id Vacias | 7 | | Sillas usadas | 6 |
| Cubre Almoadas | 20 | | Sarten | 1 |
| Servilletas nuevas | 30 | | Parrillas | 1 |
| Id usadas | 7 | | Poal | 1 |
| Toallas de lavatorio | 6 | | Cantaro de Aceite | 1 |
| Liensos para la colada | 2 | | Servicios | 8 |
| Cubre Camas de color | 3 | | Id de vidrio | 1 |
| Cubre oleta | 1 | | Xeringas | 1 |
| Justillo de hombre | 1 | | Escalera | 1 |
| Id de Muger | 2 | | Delantales de Cocina | 2 |

Id existent en la Casa del Rdo. Rector tres piesas de lienso para cortar.

Nota: Las prendas que constan en el pasado inventario se inutilisaron á excepción de algunas savanas que fueron cortadas para hacer camisas, siendo todo lo demás nuevo.

A l'iniciar-se el segle XIX es produeix una notable transformació del sistema hospitalari. El primer pas el donà Carles IV el 1804, suprimint privilegis jurisdiccionals; després es dictà el decret de desvinculació de 1820, la venda de «bienes de propios» de 1834 i les lleis de desamortització de Mendizánbal de 1846. Paral·lelament es promulga la Llei de beneficència de 1822, perfeccionada per la del 23 de juny de 1849; el Reglament de 14 de maig de 1852 i les modificacions de 27 de gener de 1855. Així, no és estrany que altres fonts per a trobar referències el constitueixin els diccionaris geogràfics, en especial el Madoz (1845-1850), setze volums que descriuen tots els pobles d'Espanya, diu l'autor que d'ells es registren:

el clima que gozan, y las enfermedades epidémicas que en ellos se padecen, con manifestación de la causa que las motiva, donde me ha sido posible conocerla. Después de esta descripción he procurado también hacer una ligera reseña de la población misma, hablando de las casas, de las calles, de las plazas, de los establecimientos públicos de beneficencia ó instrucción… (I: XI).

I més endavant:

No son menos curiosas e interesantes las noticias que contendrá mi Diccionario relativas á la estadística de beneficencia. Divididos estos establecimientos en hospitales, de convalecientes, de locos, de maternidad, de refugio, de inclusa, juntas parroquiales de beneficencia, hospicios y colegios de huérfanos, procuraré con el mayor esmero presentar en número que hay en cada provincia, expresando si son nacionales, provinciales ó municipales, el tiempo de su fundación y el nombre del fundador, describiendo además todos cuantos pormenores puedan interesar al hombre curioso que desea saber cuanto pueda tener relación con la suerte que sufren en sus diferentes vicisitudes los desgraciados que apelan á la beneficencia pública. Con los datos que presenta el Diccionario á la par que se recuerda el espíritu católico y filantrópico, virtudes de nuestros mayores, se hará conocer que, si este ramo tan privilegiado de la administración de un estado, aparece más desatendido de lo que pudiera esperarse de una nación eminentemente religiosa y benéfica, no es por falta de medios con que poder cubrir sus cargas, aunque mayores fueran, sino por falta de una buena estadística que haga conocer al Gobierno los grandes recursos á este objeto destinados (I: XX).

O sigui, que ens inclou ja d'inici la classificació d'institucions hospitalàries existents a mitjan segle XIX, s'entén a les ciutats importants o capitals de província. Al món rural només apareixen hospitals per a «los pobres de solemnidad… transeúntes, pobres enfermos…», als quals «se les asiste [L'Aleixar] con el mayor esmero supliendo la piedad de los vecinos la falta de medios, de que dan un ejemplo generoso los filántropos profesores en la ciencia de curar…» (I: 524); «el hospital establecido para enfermos pobres de la villa [Montblanc], á los cuales se les socorre con esmerada asistencia» (12: 529). O la *España geográfica, histórica, estadística y pintoresca* (1845), segons la qual hi havia hospitals a Tarragona, Falset, Gandesa, Montblanc, Reus, Tortosa, Valls, Vendrell, Alcanar, Alforja, Alcover, Benissanet, La Fatarella, Mont-roig, La Selva, Tivissa, Torredembarra i Vila-rodona.

Com veiem, des del protagonisme predominant de l'Església a l'edat mitjana i moderna, es va evolucionant vers un model mixt. A Vila-seca, el 1833:

> Hay un Hospital del que es Patrono el Ilmo. y Rdmo. Señor Arzobispo de Tarragona, quien antiguamente nombraba un Administrador y en la actualidad son cuatro los Administradores a saber el Rdo. Cura Párroco, Regidor Decano, Juan Pujals y Juan Magriñá, quienes dan cuentas cabales todos los años.

## *Confraries*

Els parroquians acostumaven a reunir-se en assemblea de caps de casa, i ho feien generalment aprofitant la missa de diumenge. Davant o dins de l'església, debatien qüestions d'interès comú: el bon manteniment de l'edifici parroquial, dels camins; vetllaven per l'assistència a pobres i malalts, tractaven de les relacions amb els seus senyors, de l'organització del treball a la terra i de l'aprofitament de les aigües… aquest era el marc de la defensa dels interessos i les necessitats de la comunitat. Amb el temps es dotaren d'elements que asseguressin una millor assistència als més necessitats, car si bé la parròquia es responsabilitzava d'aquesta tasca, no disposava, en moltes ocasions, dels mitjans suficients per fer front a tots els requeriments. Apareixen aleshores les confraries,[6] la forma d'associació voluntària més estesa a l'Occident europeu, la única associació reconeguda i respectada pels poders locals, des del segle XIV. En especial al camp fou l'agrupament local essencial, l'embrió del nucli comunal (Angelozzi, 1977: 30). Eren corporacions que revestien la seva finalitat benèfica i de previsió social amb un vernís religiós, propi de l'època. Disposaven de recursos provinents de caritats, quotes periòdiques, llegats testamentaris, etc. Amb aquestes entrades podien acomplir els seus interessos: manteniment d'un capellà o altar dedicat al sant patró/na, ajut a les vídues i orfes dels confrares, assistència a malalts, als vells sense feina, a les donzelles a maridar.

L'objectiu de les confraries era, doncs, el de fomentar el vincle entre els seus membres; la devoció religiosa tenia per objecte aconseguir la protecció del sant patró/na; en aquest sentit, creien que la pregària comunitària afegia valor a la solament individual, assolint un benefici conjunt. En situacions de penúria, angoixa i indigència, trobem l'aparició de moviments de filantropia, solidaritat i caritat (Cuadrada, 2015: 297-298). La constitució i formació de confraries podia obeir a causes diverses: la por a la ma-

6 A Valls es coneix la dels paraires de llana (Papell i Tardiu, 1981: 133-142) i moltes d'altres (Fabra i Salvat, 1985: 3-18).

laltia, a la mort, a l'oblit —aspectes incrementats per les violentes mortaldats provocades per les epidèmies, l'afebliment dels lligams de solidaritat familiar o les greus dificultats econòmiques de moltes famílies—. L'administració de la confraria corria a càrrec de confrares propis anomenats per a tal fi, els quals disposaven d'una caixa comuna on guardaven els diners. En una festa senyalada es retien comptes i s'escollien nous administradors. Sempre que es procedia a un ajust monetari havia de ser-hi present el batlle. Es celebraven dinars de germanor el dia de la festa patronal, tots i totes hi eren presents, i vetllaven que els ciris i la llàntia que cremaven a l'església no s'apaguessin mai.

Els administradors tenien cura de proveir, segons llur coneixença i albir, els malalts que no disposessin dels recursos suficients per a mantenir-se. També, amb els diners de la caixa, es cobrien les despeses de desplaçament i ajut quan algun dels confrares emmalaltia lluny del poble; tenia dret a rebre assistència i companyia, cada vespre, de dos dels seus companys, que s'anaven tornant fins que fos totalment guarit.[7] La caixa havia de subvenir, a més, les despeses d'enterrament d'aquells que no podien costejar-lo, la missa de l'enterro i la d'un aniversari. Tots els confrares eren obligats a ser presents el dia de la sepultura, per tal de fer costat a la família, i resar per l'ànima del difunt. A Tarragona, el 1353, els hortolans resaven parenostres si no sabien llegir els salms penitencials (Cabestany, 1973-74: 67-83). Tot començà a canviar a partir del Concili de Trento (1545-1563), exemple el tenim a La Selva, el 1607 (Puig, 2017). Els jurats es queixaven de que al darrer Sínode celebrat a la capital tarragonina es promulgaven mesures contra-reformistes vejatòries pels costums de les viles: «com es no dir missa pera.l poble cada dia, *voler tenir mà en los comptes de les confraries los Rectors*[8] y fer pagar més allarchs los parroquiatges y extremunciars». Les protestes desembocaren en un greu conflicte obert, fins arribar, dos anys més tard, a l'assassinat dels representants de l'arquebisbe i del braç nobiliari —el poder religiós i el més alt civil—. És a dir, la minva d'assistència religiosa, la usurpació de l'administració dels confrares i l'augment de les tarifes es pagà amb la mort.

7 Hi ha un estudi interessant de la Canongia catedralícia de Múrcia, extrapolable, sobre les confraries de fidels com a elements mediadors de caritat (Fernández Palazón, 2013).

8 La meva èmfasi, la marco per que entenc que això és molt important: significa que els diners dels pagesos passen a ser controlats per l'església. Al dir diners vull dir estalvis, crèdits i ajuda mútua…

A les visites pastorals tarragonines apareixen les confraries a partir del segle XVI. I, ja al XVIII, els monts de pietat. El mont de pietat fou una institució financera sense ànim de lucre, d'origen tardo-medieval, apareguda a Itàlia al segle XV [Perugia, 1462], sota la iniciativa de frares franciscans, amb l'objectiu de concedir prèstecs de quantia limitada amb condicions més favorables que les del mercat. Les normes que regularen definitivament els monts de pietat foren emanades pel papa Lleó X el 1515 amb la butlla *Inter Multiplices*, al Concili Laterà V. El Concili de Trento els col·locà en el grup de les Obres Pies. Veiem com funcionava el de Vallmoll el 1776:

> Por quanto sin embargo de lo que dejamos mandado en nuestra antecedente Visita, no ha cuidado el Rv. Josef Blasi Pbro. de la administración y Colecta del Monte Pio fundado por el R. Juan Cosidor para subención de los Pobres Labradores de esta Villa de Vallmoll, antes bien ha corrido a cargo de Joseph Cusidor, heredero de la casa de dicho fundador, y como tal administrador de dicho Monte Pio y de Juan Aymerich, Vecinos de dicha Villa, quienes no han comparecido como debían á presentarnos las qüentas de su Administración, ordenamos y mandamos que dentro del preciso termino de un Mes las den y presenten al R. Retor o su Vicario con expresión de las Personas entre las quales se han repartido el trigo del Capital de dicho Monte, creces que deben corresponder y atrasos que haian cobrado. Y en atención a que nos hallamos informados que en la administración de este Monte Pio no se ha procedido con la claridad y justificación devida, deseando evitar en lo sucesivo todo atraso y que se cumplan los deseos del fundador nombramos en Coadministrador de dicho Monte al R. Retor de esta villa y sus sucessores ó a sus Vicarios, dándoles las facultades necesarias para el reintegro de los atrasos y practicase quanto estimen necesario y fuere conveniente para la recta administración de esta Obra Pía, arreglándose a lo prevenido y mandado por nos en los antecedentes Decretos en Visita conforme la voluntad y disposición del R. Fundador.

És a dir, l'Església, paulatinament, es va apropiant de les gerències que en un origen pertanyien al poble. Hi ha monts de pietat, segons la visita pastoral, també a Querol, Montagut, Santa Perpetua, Guimerà…

El 1773 s'incoà l'*Expediente General de Cofradías*, el qual conduí, deu anys després, per part de Carlos III, a la seva abolició les que no gaudissin d'aprovació oficial, obligant a la resta a fer nous estatuts i presentar-los per a ser acceptades. La comunicació s'envià als corregimientos, en el de Catalunya hi havia el de Tarragona i el de Tortosa. A Tarragona i pobles de la seva partida hi havia 192 confraries, celebraven 755 festes, amb despeses de 53.479 rals i 10 maravedís. El corregidor «manifiesta proceder

dichas cofradías con el mayor desinterés y arreglo y ejercitarse en actos de devoción y de caridad cristiana sin que puedan reputarse gravosas ni su permanencia en lo sucesivo». A Tortosa se'n constaven 122, amb 23.811 rals. S'estipula que poden subsistir si es troben subjectes a la jurisdicció reial ordinària; es donen ordres a algunes en particular per a que satisfacin despeses. A la de sant Antoni Abat «que su monte pío de granos esté sujeto a dicha real jurisdicción y no a la eclesiástica», que la de Santa Cinta inverteixi «sus rentas y limosnas en la manutención de los pobres presos».

És d'especial esment prohibir els aspectes detestables en els que han degenerat dites institucions:

> Los bailes, danzas, batallas, soldadescas, banquetes, convites, comedias, toros y otras diversiones públicas o privadas con las licencias necesarias y las precauciones convenientes a conservar la decencia y la regularidad de las costumbres son lícitas. No deben ligeramente proscribirse antes promoverse con prudencia en aquellos términos que exijan las circunstancias de los pueblos, el genio y carácter de las naciones. Pero con pretexto del culto divino no deben tolerarse. No se hermanan bien Dios y mundo. La mezcla de los profano con lo sagrado no se alcanza para que medio pueda conducir al bien de las almas y fomentar entre los fieles la verdadera piedad. Qué diremos si los tales regocijos se acompañan de embriagueces, disoluciones, escándalos y toda suerte de abominaciones indignas del nombre cristiano y ajenas de toda razón, que diremos si con pretexto de devoción, de obsequio, de culto, se abre una tan ancha puerta a los siete pecados capitales y a sus ejercicios.

Òbvia la ingerència i el protagonisme de l'Església, insistent abans i després del canvi del segle XIX, palpable a tots els nivells.

## *Per cloure*

L'economia d'espai m'obliga a ser forçosament breu. Com he dit, la meva comunicació als *Abrils de l'Hospital* 2016, de la qual aquí reflecteixo les idees més importants, tractà els tres temes àdhuc citats. M'he referit amb una certa prolixitat a les confraries com a institucions benèfiques i als hospitals, pel que fa al pluralisme assistencial, és una constant al camp català pre-industrial. M'he referit en altres llocs a la tasca farmacèutico-medicinal dins les pràctiques informals femenines (Cuadrada, 2014a, 2014b) i també a les primeres universitàries d'Espanya, totes catalanes i matriculades a la Facultat de Medicina (Cuadrada, 2016). Una font per a trobar la dedicació sanadora de les dones la constitueixen les topografies mèdiques:

aquí ens movem a cavall entre l'etnografia i la història. Les topografies es desenvolupen al costat de la tradició i penetració de les idees higienistes (Urteaga, 1980: 52), comencen a escriure's durant el segle xviii i assoleixen el seu zenit als anys 70 del xix. A *La Catalunya rància* (Prats, 1996) s'inclou un memoràndum de greuges i queixes dels metges, en especial pel molt que han de treballar i pel poc considerats que estan. A més —diuen els galens— han de suportar els errors mèdics procedents de les intervencions de curanderos i curanderes, i/o l'ús sovintejat de medicines i consells populars —les receptes de l'àvia— que per a ells representen conflictes assistencials. O sigui que el pluralisme fou una realitat omnipresent al camp català des de l'edat mitjana fins… fins quan? (Prat, a cura de, 2012).

*Fonts*

Arxiu Històric de l'Arquebisbat de Tarragona, AHAT, *Llibre de visites pastorals* [1440-1445]. Fons de l'arquebisbe, visites pastorals, número 1B, capsa 7. <https://arxiuenlinia.ahat.cat/Document/0000013670>

—, *Llibre de visites pastorals* [16.08.1647 - 01.02.1681] <https://arxiuenlinia.ahat.cat/Document/0000013519>

—, *Visita general hecha por el ilustrísimo y reverendísimo señor doctor don Juan Lario y Lancis, arzobispo de Tarragon*a [28.05.1776 - 12.1776] <https://arxiuenlinia.ahat.cat/Document/0000013807>

—, *Llibre de decrets de visites pastorals* [18.01.1832 - 25.08.1833]<https://arxiuenlinia.ahat.cat/Document/0000013803>

Archivo Histórico Nacional, AHN, Consejos 7090, Exp. Expediente General de Cofradías (1773) <http://estebanmiracaballos.blogia.com/2012/082001-informe-general-de-las-cofradias-de-espana.php>

Arenal, Concepción (1861) *La beneficencia, la filantropía y la caridad*. Disponible a: <http://www.eumed.net/textos/06/ca-beneficiencia.htm> [Consultada 12.10.16]

*España geográfica, histórica, estadística y pintoresca: descripción de los pueblos más notables del reino é islas adyacentes; su situación, historia, costumbres, industria, comercio, población, producción, contribuciones, establecimientos públicos, monumentos, puertos, ríos, canales, montañas, etc,: con una introducción que comprende la geografía, historia, estadística y administración general del reino, un apéndice de nuestras posesiones de Ultramar, un índice de todos los pueblos y el mapa general de España por López, rectificado según la nueva división territorial, por Don Francisco de Paula Mellado* (1845). Disponible a: <https://books.google.es/books?id=smcDAAAAQAAJ>

Madoz, Pascual (1806-1870) *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar*. Disponible a: <http://www.bibliotecavirtualdeandalucia.es/catalogo/consulta/registro.cmd?id=6353>

## *Bibliografia*

Angelozzi, Giancarlo (1977) *Le confraternité laicali, un'esperienza tra medievo e età moderna*. Brescia: Editrice Queriniana.

Barceló, Josep i Comelles, Josep M.(2014) «Hospitales, economía política y la identidad cultural catalana». A: Campos Marín, Ricardo; González de Pablo, Ángel; Porras Gallo, Mª Isabel; y Montiel, Luís (eds.) *XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Madrid, 11-13 de junio de 2014*: 347-351.

Cabestany, Joan F. (1973-74) «La confraria d'hortolans de Tarragona (1353)», Boletín Arqueológico, època IV, fasc. 121-129: 67-83.

Cuadrada, Coral (2014*a*) «Dar a luz: Reflexiones sobre la maternidad», *Destiempos* (México), nº 40: 60-86. Disponible a: <https://www.academia.edu/10409162/Dar_a_luz_reflexiones_sobre_la_maternidad_2014_>

— (2014*b*) «Cuidado, curación, salud: saberes de mujeres» História: *Questôes & Debates*, Curitiva, n. 60: 229-253. Disponible a: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/historia/article/view/38288/23435>

— (2015) «Aportaciones a la visión de la pobreza en la Baja Edad Media» *Espacio, Tiempo y Forma. Serie III Historia Medieval*, 28: 275-301. Disponible a: <https://www.academia.edu/13307295/Aportaciones_a_la_visión_de_la_pobreza_en_la_Baja_Edad_Media_2015_>

— (2016) «Pioneres mèdiques», *Emprius* (Vila-seca), n. 1: 61-88. Disponible a: <https://www.academia.edu/32744029Pioneres_m%C3%A8diques_2017_>>

Fabra i Salvat, Ester (1985) «Confraries i Gremis de la ciutat de Valls», Quaderns de Vilaniu, núm. 7: 3-18.

Fàbregas Roig, Josep (2014) «Joan Kies, un comerciant en el trànsit dels segles xvii al xviii», *Estudis d'Història Agrària*, 26: 35-52.

Faus Gabandé, Francisco(2011) *La asistencia y hospitalidad a pobres, enfermos y peregrinos en la Baja Edad Media en el Camino Real de Valencia a Zaragoza*. València: Universitat de València. Disponible a: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/77730>

Fernández Palazón, José Antonio (2013) *Reflejos sociales del desamparo: la labor asistencial del Cabildo Catedralicio y del Concejo en Murcia (1696-1753)*. Múrica: Universitat de Múrcia. Disponible a: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/30821>

García Egea, Mª Teresa (1993) *La Visita Pastoral a la Diócesis de Tortosa del Obispo Paholac, 1314*. Castelló de la Plana, Diputació de Castelló.

Monjas Manso, Lluís (2005) *La Reforma eclesiàstica i religiosa de les diòcesis de la Tarraconense al llarg de la Baixa Edat Mitjana (a través dels qüestionaris de visites pastorals)*. Barcelona: UPF. Disponible a: <http://www.tdx.cat/handle/10803/7464;jsessionid=E8D21224F98110B3C4989886DD763789>

Morell i Torredemè, Josep (19982) *Història de Vila-seca*. Vila-seca: Agrupació Cultural de Vila-seca.

Papell i Tardiu, Joan(1981), «La confraria de paraires de llana de Valls. Notícia històrica», *Acta/Mediaevalia*, núm. 2: 133-142.

Prat, Joan, a cura de (2012) *Els nous imaginaris culturals. Espiritualitats orientals, teràpies naturals i sabers esotèrics*. Tarragona: URV. Disponible a: <http://www.publicacionsurv.cat/cataleg/recerca/item/309-els-nous-imaginaris-culturals>

Prats, Llorenç (1996) *La Catalunya rància. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mèdiques*. Barcelona: Altafulla.

Puig Vallverdú, Guillem (2016) «Els baluards de Satanàs de l'església de la Sant Andreu. Notes preliminars per a l'estudi del motí del porxo de 1616», *Butlletí del Centre d'Estudis Selvatans*, núm. 10: 57-65. Disponible a: <https://ceselvata.files.wordpress.com/2014/05/butllet-c3ad-_10-def.pdf>

Riera Blanco, Manuel (1999) «Col·legis i confraries dels oficis de la medicina: privilegis de les Corts de Barcelona. Any 1599», *Gimbernat*, núm. 31: 63-80.

Roig Soronellas, Marina (2015) «Malaltia i mort a la Selva del Camp (1875-1945)», *Butlletí del Centre d'Estudis Selvatans*, núm. 9: 29-58.

Sánchez i Ripollés, Josep M. (1987) «Notícies mediques inèdites d'Alcover», *Butlletí del Centre d'Estudis Alcoverencs*, núm. 37: 14-23. Disponible a: <http://raco.cat/index.php/ButlletiCEA/article/view/210372>

Urteaga, Luís (1980) M*iserias, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo xix*. Barcelona: Ediciones de la Universidad de Barcelona.

# LA RED DE LEPROSERÍAS CATALANA Y LA MOVILIDAD DE SUS ENFERMOS. EL CASO DE ESTUDIO DE BARCELONA (S. XIV)

Clara Jáuregui
*Universitat de Barcelona*

**Resumen**: Las últimas investigaciones sobre el hospital de leprosos de Barcelona han puesto de relieve que la vida dentro de esta institución se desmarca de muchos de los tópicos sobre la lepra que hasta el momento se han ido repitiendo. La movilidad de los enfermos y el permanente contacto con la ciudad y otros hospitales dejan en entredicho el supuesto aislamiento ligado a esta enfermedad. Sin embargo, todavía falta enmarcarla en un contexto geográfico y observar si estos patrones se repiten o si son exclusivos de esta ciudad. A partir de la documentación conservada de la leprosería barcelonesa se busca empezar a cambiar el discurso sobre esta red de leproserías catalanas aún pendiente de estudio.

**Palabras clave**: hospital, lepra, siglo XIV, movilidad, Barcelona.

*The Catalan Leprosaria and the Mobility of their Patients. The Case Study of Barcelona (14th century)*

**Abstract**: New research on the leprosarium of Barcelona has proven that life inside that institution was substantially different of the image constructed around leprosy. Patient's mobility and permanent contact with the whole city rise doubts about the alleged isolation of those that suffered this sickness. However, this leprosarium has yet to be compared to the rest of its geographical context in order to understand if these patterns are repeated or exclusive of Barcelona. Working with the documents from this leprosarium our intent is to update the field and, in the process, define the unknown Catalan leprosaria network.

**Keywords**: Hospital, leprosy, 14th century, mobility, Barcelona.

Comelles, Josep M.; Conejo, Antoni y Barceló-Prats, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 89–99. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

## *Introducción*

En los últimos años la historiografía centrada en la lepra medieval ha avanzado hasta cambiar tangencialmente el discurso existente sobre la enfermedad y sus consecuencias sociales. Estudios como los de Carole Rawcliffe (2006), Luke De Maitre (2007) o Elma Brenner (2010) han ayudado a mostrar diferentes puntos de vista que han hecho que las viejas asunciones sobre el tema, herederas de la historiografía del siglo xix, se demostraran inválidas.

La intención de este artículo es poner las bases para un estudio en profundidad de las leproserías catalanas en la Baja Edad Media. Aunque estudios previos como los de Aurora Pérez-Santamaría (1980), Ana Castellano (1994) y James Brodman (1998) marcaron ya el camino a seguir, queda todavía mucho por hacer. Para avanzar en ese sentido, en este estudio se busca en una fuente privilegiada como son los *Libros de Cuentas* de la leprosería barcelonesa el contexto de otras fundaciones catalanas, por desgracia mucho menos documentadas. Estos libros de cuentas, siete en total, de entre 1379 y 1395, contienen anotaciones diarias de todo lo que ocurrió en el dicho hospital. La existencia de los libros seguramente sea fruto de las medidas de control impuestas por el obispado a raíz de casos de corrupción que aparentemente se sucedieron a inicios del siglo xiv (Pérez-Santamaría, 1980). Como resultado de este control, hoy día podemos hacer un estudio detallado tanto económico como social de este breve periodo.

## *Dependencia de las ciudades*

El caso de estudio en el que nos centraremos, pues, es el de Barcelona. Gracias a estos libros de cuentas tenemos documentados detalles como las donaciones al hospital, sus censos y alquileres, los trabajos en su huerto y viñas, las compras de alimentos y las entradas y salidas de enfermos. Aunque no podemos compararlos con los de ninguna otra leprosería, el contexto que estos nos dan nos ayuda a entender mejor cómo funcionaban estas fundaciones.

Antes de sumergirnos dentro de los documentos escritos conviene recordar la ubicación del dicho hospital, pues este dato también dice mucho de la institución. Estaba compuesto por la iglesia románica de *Sant Llàtzer* o *Santa Margarida* (hoy día su único vestigio; López, Beltrán

de Heredia, 1994), una rectoría y un edificio donde se acogería a los enfermos (Triay 2007-2009). Esta institución nació con probabilidad en torno al siglo xii, aunque no se conserva su documento fundacional (Pérez-Santamaría, 1980). En sus inicios estuvo situado a las afueras, en uno de los caminos que conducía a la ciudad. Era tal su proximidad a ésta que con la construcción de su segunda muralla la leprosería quedó incluida dentro del tejido urbano, manteniendo también su posición privilegiada cerca de las puertas de la ciudad. Es más que probable que su situación no se escogiera enteramente por su uso, esto es aislamiento, sino por su conexión con la ciudad. Otros hospitales destinados a los pobres y que no precisaban de dicho aislamiento, como el de *Santa Eulàlia del Camp* o el de *Sant Macià*, estaban todavía más alejados del núcleo poblacional. Este contacto permanente con la ciudad era necesario para la supervivencia de estas instituciones, incluida la leprosería. De ella dependían no sólo su abastecimiento sino gran parte de las donaciones.

No es ni por asomo la única leprosería catalana situada en las cercanías de una ciudad. Contradiciendo el antiguo discurso de la reclusión de los leprosos la gran mayoría se encuentran muy cercanos a núcleos poblacionales y muchas acaban dentro de las murallas como ocurre con la barcelonesa. Lleida cuenta con su leprosería en un arrabal, en el camino que se dirige hacia Barcelona (Lladonosa, 1974). El hospital del *Pedret* de Girona se situaba igualmente en las inmediaciones de la ciudad, bien conectado con ella (Guilleré, 1980). En Tarragona sucedió algo similar a Barcelona y quedó asimilado dentro de las murallas de la ciudad. Posteriormente, en 1370, se convirtió en el *Spital dels Sants*, siendo destinado a los pobres y desapareciendo como leprosería (Sánchez Real, 1959).

Uno de los eventos ocurridos en Barcelona y registrado por uno de los administradores pone de relevancia la relación del hospital con la ciudad y las dinámicas de los enfermos con ésta. Con motivo de la festividad de Santa Margarita, unas mujeres se acercaron a la iglesia (cabe recordar que cumplía sus funciones parroquiales para la gente de los alrededores) y entablaron conversación con uno de los enfermos, un tal Jordi. Éste se dedicó a hablar de más diciendo que en el hospital se vivía muy bien, que no era necesario mendigar porque había muy buenas rentas y que podía ir a donde quisiera (mencionando sitios como las viñas o el mar).[1] Obviamen-

1 Arxiu Capitular de Barcelona (ACB), *Hospital de Santa Margarida*, 1379-1380, f. 137r-139v.

te, el administrador no se tomó muy bien la explicación de Jordi y mandó encadenarlo, cosa que el enfermo no aceptó tampoco muy graciosamente, montando escándalo. Más allá de la anécdota del rifirrafe lo que nos deja patente es el nivel de vida que llevaban los enfermos en este hospital. Al administrador probablemente no le importó tanto que dijera que tenía libertad de movimiento como que vivía muy bien y, aparentemente, no necesitaba pedir dinero por ese motivo. Las feligresas que escucharon eso debían quedarse con la impresión de que no eran necesarias sus donaciones y que peligrara la financiación del hospital por hablar de más era lo realmente grave.

### *Cooperación entre hospitales*

La necesidad que tiene la leprosería de la ciudad se puede comprobar también en las relaciones de apoyo mutuo que existen entre hospitales. No sólo aquellos que pertenecían al Cabildo, pues los gestionados por manos privadas o por la ciudad también participaban de esta red solidaria. Ya fueran ayudas económicas o intercambio de materiales, incluso aquellos que acogían niños expósitos los re-situaban en otros hospitales cuando no tenían los recursos para cuidarlos.[2] En el caso de los leprosos, muchas veces otros hospitales enviaban a pacientes sospechosos de serlo. El administrador de la leprosería no siempre consideraba acertado el diagnóstico y en algún caso se reenvió al enfermo al hospital de origen.[3]

Pero la proximidad, ¿significaba también competencia entre hospitales? La leprosería no era la única que seguía ciertos patrones de donaciones, al menos los otros dos hospitales del Cabildo actuaban igual y estaban en la misma vía de entrada a la ciudad. Estos tres hospitales se nutrían de: donaciones en el cepillo de sus iglesias; donaciones en uno de los altares de la catedral; colecta del pan (cada mañana unos mensajeros iban a pedir pan a la ciudad que posteriormente re-vendían); donaciones testamentarias. En el caso de los leprosos, también se dedicaban a mendigar a favor del hospital (a pesar de lo que decía Jordi).

2 ACB, *Manuals Notarial*s, Bernat de Vilarrúbia, vol. 13, f.91v-92r.

3 ACB, Hospital de *Santa Margarida*,1385-1387, f. 59v.

Los legados testamentarios del siglo xiv también parecen tener en cuenta más o menos a todos los hospitales de la ciudad.[4] La leprosería, pues, estaría integrada perfectamente en la caridad de la ciudad.

### *La movilidad de los enfermos*

Una de las cuestiones a resolver de las leproserías es si el enfermo escoge el lugar donde será confinado o si, como se ha venido diciendo hasta ahora, eran exiliados y ordenados ingresar en determinado lugar. Un testimonio interesante a este respecto lo aporta Nirenberg (1996: 101), en el cual, en 1321, el rey de Aragón ordenó que aquellos leprosos que no vivían en leproserías fueran encerrados ya que su falta de segregación los hacía doblemente peligrosos. Esto quiere decir que era relativamente habitual encontrarse a leprosos fuera de las leproserías y que hasta ese momento no se había percibido como necesario atajar el tema. Nirenberg también nos habla de la dificultad para distinguir a los leprosos, una problemática que desde un punto de vista construido en el siglo xix no tenía sentido y que con los últimos estudios cobra relevancia (Nirenberg, 1996: 95-97; Rawcliffe, 2006).

Si algo nos dejan bien patente los libros de cuentas de la leprosería barcelonesa es que entrar y salir del hospital es relativamente fácil. Acceder como paciente parece ser siempre un asunto voluntario, y, al menos en este periodo —finales del siglo xiv—, los enfermos no parecen intervenir agentes externos como las autoridades demandando la reclusión de alguien. El diagnóstico depende de los físicos pero a veces el administrador hace una criba previa, según los signos que demuestre el enfermo. Un caso particularmente interesante es el de un hombre que llegó al hospital diciendo ser leproso. Examinado, se consideró que no lo era y se le conminó a seguir su camino. Sin embargo, al cabo de poco volvió diciendo que era leproso y que quería ser leproso. Finalmente se decidió que volviera a pasar otro análisis por parte de los médicos y que mientras tanto se quedara en el hospital.[5] Por desgracia, no sabemos qué decisión acabaron tomando porque el administrador no tomó más notas sobre este tema, pero sí que nos muestra tanto parte del proceso de admisión como la voluntad de los mismos enfermos de querer acceder a los hospitales.

4 ACB, Bernat de Vilarrúbia, vol. 42.

5 ACB, Hospital de *Santa Margarida*, 1379-1380, f. 141v; f. 143r-v.

Es decir, que los criterios a veces eran más económicos que médicos. Tampoco se percibe en los libros una urgencia por aislar a aquellos que podrían ser leprosos: si hay dudas pero no hay dinero, se invita al supuesto leproso a seguir su camino previo pago de unas monedas (mucho más barato que pagar un diagnóstico, tal y como reconoce el propio administrador).[6] Por lo tanto, no debía existir un miedo generalizado a que estos individuos no estuvieran bajo el control de una institución.

Existen también casos de curación; otros dicen que se han curado y el administrador lo da por válido.[7] Uno de los casos de curación es de una mujer que, tras pasar un tiempo en el hospital, mejora y es entonces cuando se dan cuenta de que no era *mesella*.[8] Teniendo en cuenta que en aquella época la lepra se consideraba incurable, estos casos de curación demuestran también la dificultad del diagnóstico. Siendo las lesiones en la cara las más evidentes, pero teniendo en cuenta que estas aparecen en un estadio más tardío de la enfermedad, es de suponer que muchos síntomas pudieran pasar desapercibidos. También hay que considerar el hecho de que en estos primeros estadios de la enfermedad, se puede ocultar fácilmente. De ahí que en los ataques de 1321 en Francia existiera una psicosis contra los leprosos: virtualmente cualquiera podía serlo, «el otro» se escondía entre la gente normal (Nirenberg, 1996).

También vale la pena recordar que nuestros conceptos de contagio y de la propia enfermedad no tienen por qué coincidir. Por un lado, lo que ellos consideraban lepra seguramente incluía un abanico de síntomas o dolencias que hoy tal vez no coincidan con la enfermedad de Hansen. Por otro, los motivos por los que una persona contraía la enfermedad evidentemente no tienen nada que ver con nuestro conocimiento del contagio que, también hay que recordar, hoy en día aún no sabemos cómo se produce.

¿Por qué motivo van entonces los leprosos al hospital? Si nadie les obliga y, en teoría, pueden vivir fuera de las leproserías, ¿por qué confinarse voluntariamente? En realidad todo depende de con qué ojos miramos estas instituciones. Hasta ahora el discurso nos había mostrado un lugar donde encerrar a los leprosos y prevenir el contagio, con una utilidad más

6 ACB, Hospital de *Santa Margarida*, 1393-1395, f. 56v.

7 ACB, Hospital de *Santa Margarida*, 1383-1385, f. 53vbis.

8 ACB, Hospital de *Santa Margarida*, 1379-1380, f.18v.

pensada para los de fuera que para los de dentro. Pero lo que los nuevos estudios sugieren es que estos lugares realmente cumplían una función para los enfermos de lepra, donde eran cuidados y atendidos, no sólo «almacenados». Allí recibían alimentos, una paga, tenían donde dormir y recibían ciertos tratamientos médicos. Aunque bien es cierto que no existía una cura para la lepra *per se*, los pacientes recibían sangrías periódicas, cuidados para las heridas, atención médica en caso de empeorar y, en general, cualquier cosa que les ayudara a sobrellevar su enfermedad, como ropa nueva más ligera.

Para acabar con el tema de las salidas y entradas de la leprosería, también cabe resaltar que existen casos de peregrinaciones, quizás permitidas porque eran consideradas terapéuticas. Estas peregrinaciones también nos dejan intuir que los enfermos de lepra debían ser tolerados en otros ambientes, especialmente en rutas como el Camino de Santiago o el santuario de Montserrat (en los dos casos los pacientes vuelven al hospital después de la peregrinación).[9] Existen también casos curiosos como el de unos leprosos huyendo con la paga semanal, y volviendo una semana después, coincidiendo con la fiesta de San Lázaro (y sin ninguna repercusión aparente).[10] Todos estos ejemplos ayudan a concebir la leprosería como un lugar abierto en vez de un sitio de reclusión y control.

### *Origen de los enfermos*

Otro aspecto que nos deja muy clara la movilidad de los enfermos es el origen de algunos de ellos. Por desgracia no se puede hacer un recuento demasiado fiel partiendo sólo de la documentación, pues cada administrador apuntaba aquellos datos que él consideraba oportunos y no todos hacen hincapié en la procedencia de los leprosos. Encontramos también antiguos esclavos como pacientes, es decir, extranjeros. En algún caso se especifica que reciben menor paga por este motivo.[11] El resto de extranjeros se intuyen vagabundos y llegan de sitios tan dispares como Alemania, Grecia o Tartaria. También de reinos más cercanos como Valencia, Castilla o el condado de Foix. Cómo llegan de tan lejos es un misterio. Es curio-

9 ACB, Hospital de *Santa Margarida*, 1383-1385, f. 76r.

10 ACB, Hospital de *Santa Margarida*, 1387-1389, f. 54v-55r.

11 ACB, Hospital de *Santa Margarida*, 1393-1395, f. 62r

so no sólo que viajen largas distancias sino que acaben en una leprosería en Barcelona cuando seguramente se habrían cruzado con muchas más por su camino. ¿Iban tal vez de leprosería en leprosería? Eso hace que la percepción de estos enfermos como vagabundos se acreciente.

Los leprosos del resto de Cataluña son de lugares donde no hay hospital, aunque en teoría hay otros cercanos. Es el caso de Girona, que contaba con leprosería, pero por algún motivo que desconocemos una enferma de esa ciudad acabó en la leprosería de Barcelona.[12] A finales del XIV, ¿es posible que la de Barcelona sea la más activa? La propia evolución de la enfermedad hará que a partir del siglo XV ésta vaya decayendo. De hecho, a finales del XIV los números de los pacientes de la leprosería barcelonesa ya son bastante reducidos, llegando a una media de cinco enfermos.

También se pueden intuir, aunque con mucha más dificultad, diferentes estratos sociales. Algunos indicios son las donaciones de algunos enfermos (por ejemplo, de casas) o la tumba de una enferma con una cruz blanca en el cementerio, algo que sólo aparece mencionado una vez en este periodo[13]. Aunque en general tienen pocas propiedades los pacientes y cuando mueren se recuenta sólo un poco dinero y su ropa.

### *Reconstruyendo la red de leproserías catalanas*

No es tarea fácil reconstruir esta red. Existe una problemática de identificación: a veces los hospitales que se dicen leproserías no son tales y estudios de los siglos XIX y XX han quedado anticuados en este sentido. Las advocaciones de San Lázaro o Santa Margarita suelen ser fieles, no tanto cuando un sitio se define como lazareto ya que probablemente fuera destinado a otro uso. Más fidedigno es cuando un hospital lleva en su nombre la coletilla de *malalts* (o *domus infirmorum*). Este es el caso por ejemplo de *Martorell*, donde una única referencia al «*hospital de malalts*» parece ponernos sobre la pista.[14] Teniendo en cuenta que la mayoría de las fundaciones están dedicadas a los pobres, cuando se habla de enfermos en realidad se suele aludir a leprosos. La falta de vestigios arqueológicos también hace difícil saber a ciencia cierta cuántas fundaciones hubo y qué

12 ACB, Hospital de *Santa Margarida*, 1385-1387, f. 43r.

13 ACB, Hospital de *Santa Margarida*, 1385-1387, f. 72r.

14 ACB, Bernat de Vilarrúbia, *Liber testamentorum*, vol.42, f. 6v.

nivel de afectación tuvo la enfermedad. Es más, los estudios sobre cementerios de leproserías plantean dudas serias sobre este tema ya que muchos de ellos no albergan suficientes evidencias de la enfermedad (Antunes-Ferreira; Matos, Santos, 2013). El uso de estas fundaciones tal vez no era tan elevado como previamente se ha creído, pues algunas desaparecen con el tiempo y otras se convierten en hospitales para pobres.

Lo que conocemos de la leprosería de Barcelona nos ayuda a entender mejor las evidencias que encontramos en el resto de poblaciones. Los patrones de movilidad que se intuyen en los libros de cuentas permiten delimitar mejor la red asistencial catalana.

La única leprosería monástica documentada hasta ahora es la de *Vilabertran* (provincia de Gerona), una rareza entre el resto de estas instituciones que suelen ser urbanas.[15] Son las ciudades o pueblos grandes los que cuentan con una leprosería entre el siglo xii y el xiv. También es determinante la red de carreteras y caminos que pasa por cada población ya que el flujo de visitantes nutre a estas instituciones.

A partir de 1321, surgen cambios motivados por los ataques a leprosos en Francia, por lo que muchas de estas instituciones (o sus propiedades) pasan a manos de comunidades religiosas. Serán los casos de *Vilafranca del Penedès*, *Manresa*, *Tàrrega* o *Cervera*. Esta última incluso llegó a sufrir ataques, como consecuencia de un probable efecto contagio. El rey de Aragón decidió entonces tomar medidas cautelares en su territorio para evitar que estos ataques se extendieran (Nirenberg, 1996). Fuera motivado por gente de fuera o locales, lo cierto es que la percepción del leproso en ese momento cambió. Hasta ahora los estudios que han investigado estos ataques han partido de unos conocimientos sobre las leproserías que ahora la historiografía ha discutido. Los parámetros utilizados para analizar los comportamientos de aquellos que atacaron a los enfermos de lepra podrían ser diferentes dependiendo de la visión que se tuviera en aquel momento de la enfermedad, cosa que el mismo Nirenberg reconoce. No deja de ser curioso, por ejemplo, que en 1328 a los leprosos de Cervera, a los que se devuelve sus propiedades se les llame ahora *bonis leprosorum*.[16] Pero no son las únicas fundaciones que parece que pasan a manos de una comunidad religiosa a lo largo de la Baja Edad Media, aunque los motivos muchas veces nos son desconocidos. Por ejemplo, este será el caso de la *Seu d'Urgell* o *Vic* (Brodman, 1998).

15 Biblioteca de Catalunya (BC), Perg. 138.

16 Archivo de la Corona de Aragón (ACA), reg. 475, f.112v.

Para acabar, y volviendo a la leprosería de Barcelona, no hay evidencias de que ninguna orden religiosa se encargara de administrar el lugar. Sin embargo, en las ordenaciones escritas a inicios del xiv se especificaba que el lugar debía tener idealmente un ambiente pío y los pacientes debían vivir bajo estos parámetros (Pérez-Santamaría, 1980). Sin embargo, a finales del xiv el ambiente parece más bien conflictivo según los libros de cuentas: el esclavo amenazando de muerte al administrador y emborrachándose cada dos por tres, Jordi y el esclavo peleándose, pacientes apostando dinero y un largo etcétera.[17]

## *Conclusiones*

En este capítulo se ha intentado hacer un breve repaso de la situación en una leprosería concreta que, creemos, ayuda a entender mejor la integración de los leprosos en la sociedad. Según las teorías de los últimos años, los leprosos no estarían fuera de la sociedad sino que cumplirían una función diferente dentro de ella. Algunos los ven como depositantes de donaciones a través de las cuales redimirse (Brenner, 2010). A su vez, deberían estar llevando una vida de penitencia, cosa que a la vista de la documentación barcelonesa no parece que se siguiera de forma estricta. Casos como el de Jordi, a pesar de que su carácter conflictivo sea el más evidente, no son únicos y nos muestran a unos enfermos con más libertades de las que hasta ahora se les concedía. La extrema movilidad de los enfermos es otro dato que nos puede ayudar a recrear la red de leproserías catalanas. Con toda probabilidad a finales del xiv la de Barcelona es de las pocas activas, motivo por el cual podemos encontrar a gente de diferentes partes de la geografía catalana en ese hospital. El número de extranjeros que acogían también pone en evidencia que la composición social de estos lugares era variada y comprendían más factores aparte del aislamiento que determinaban su entrada en el hospital.

17 ACB, Hospital de *Santa Margarida*, 1379-1380, f.52v-53r; 1381-1382, f. 51r-v; 1385-1387, f. 27r i f. 93r.

*Bibliografía*

Brodman, James (1998) «Shelter and Segregation: Lepers and Medieval Catalonia». En Kagay, Donald J. y Vann, Theresa M. (Eds.) (1998) *On the Social Origins of Medieval Institutions: Essays in Honor of Joseph F. O'Callaghan*, Leiden: Brill.

Brenner, Elma (2010) «Recent perspectives on Leprosy in Medieval Western Europe». *History Compass*, 8/5: 388-406.

Castellano, Anna (1994) «L'església de Sant Llàtzer i l'hospital de leprosos de Barcelona a través de la documentacióhistórica». *Lambard. Estudis d'Art Medieval* 6: 41-50.

De Maitre, Luke (2007) *Leprosy in Premodern Medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Guilleré, Christian (1980) «Assistance et charité à Gérone au début du xivème siècle». En Riu, Manuel (Ed.) (1980) *La pobreza y la asistencia a los pobres en la Cataluña medieval*, vol. 1. Barcelona: CSIC.

López, Albert; Beltrán de Heredia, Júlia (1994) «Resultats de l'excavació arqueològica a l'església i a l'hospital de Sant Llàtzer». *Lambard. Estudis d'Art Medieval* 6: 51-71.

Lladonosa, Josep (1974) *Noticia histórica sobre el desarrollo de la medicina en Lérida*, Lleida: Colegio Oficial de médicos de Lérida.

Nirenberg, David (1996) *Communities of Violence*, New Jersey: Princeton University Press.

Pérez Santamaría, Aurora (1980) «El hospital de San Lázaro o Casa dels Malalts o Masells». En Riu, Manuel (Ed.) (1980) *La pobreza y la asistencia a los pobres en la Cataluña medieval*, vol. 1. Barcelona: CSIC.

Rawcliffe, Carole (2006) *Leprosy in Medieval England*. Woodbridge: The Boydell Press.

Sánchez Real, Josep (1959) *Los hospitales de Tarragona*, Tarragona: Instituto de Estudios Tarraconenses.

Triay Olives, Vanessa (2007-2009) *Memoria arqueológica*. Barcelona: Servei d'Arqueologia de Barcelona: http://cartaarqueologica.bcn.cat/939 [Consultada en enero del 2016].

# ELS ADMINISTRADORS DE L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU DE BARCELONA EN EL MARC DELS CONFLICTES URBANS DEL SEGLE XV

Pol Bridgewater Mateu
*Universitat de Barcelona. Institut de Recerca en Cultures Medievals (IRCVM)*

**Abstract:** Els processos de reforma hospitalària van comportar canvis estructurals en les relacions entre les institucions d'assistència i les estructures socio-polítiques urbanes. L'hospital de la Santa Creu de Barcelona suposa, en aquest sentit, un exemple privilegiat i precoç d'aquestes tendències. En el present artícle es mostrarà la interacció entre el gran hospital general de la ciutat i les dinàmiques polítiques de mitjans del segle xv, marcades per l'enfrontament entre la *Busca* i la *Biga*.

**Paraules clau:** hospitals, *res-publicanisme* medieval, política urbana, Barcelona

*The Administrators of the Hospital of the Holly Cross of Barcelona in the Context of 15th Century Urban Conflicts*

**Abstract**: 15thcentury hospital reformations entailed structural changes in the relations between assistance institutions and socio-political urban structures. The hospital of the Holly Cross, in Barcelona, is, in this regard, an extraordinary and early example of these tendencies. In this paper we will discuss the interaction between the city's great general hospital and the political dynamics of the mid-15thcentury, based on the struggle between the *Busca* and *Biga* parties.

**Keywords**: hospitals, medieval republicanism, urban policies, Barcelona

Comelles, Josep M.; Conejo, Antoni y Barceló-Prats, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 101–117. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

## *L'ascens de la Busca a l'administració hospitalària*

La convulsa conjectura política de la Barcelona del quatre-cents es va reflectir plenament en l'administració del gran hospital general de la ciutat. Les característiques del càrrec així ho expliquen: en primer lloc, la capacitat d'intercedir en la gestió d'una institució capaç de moure capitals considerables i proveir rendes i oficis i, en segon lloc, l'honorabilitat que se'n derivava convertien la posició en quelcom més que desitjable.[1] Així doncs, els principal càrrec de control, gestió i representació de l'hospital va ser objecte de pugnes i estratègies contraposades, destinades a ocupar-lo. Aquestes estratègies d'accés a l'administració, molts cops implícites en la documentació, es van fer molt més evidents durant el període de crisi social i política marcada pels enfrontaments entre la Busca i la Biga. Un conflicte que, de fet, derivaria en repercussions directes en la gestió i funcionament diari de l'Hospital de la Santa Creu.

Si l'ascens dels buscaires al poder es va produir després d'un trencament de la normalitat institucional del Consell de Cent, aquesta situació d'excepcionalitat es va traslladar eventualment a l'hospital general de la ciutat.[2] Així doncs, la voluntat buscaire de controlar les principals institucions barcelonines es va manifestar també en l'Hospital de la Santa Creu l'abril del 1454, poc després, doncs, de l'elecció de la nova conselleria buscaire per part de Galceran de Requesens, el novembre del 1453.[3] Els

1 L'any 1431, l'hospital gestionava una suma propera als 100.000 sous, una xifra gens menyspreable (Sánchez-Martínez, 2014: 178-179). A mode de comparació, el pressupost anual de la Taula de Canvi aprovat per Barcelona l'any 1436 era de 27.075 lliures, és a dir, 541.500 sous (Ortí, 2007: 275, taula 3) i, a finals del segle xiv, l'hospital d'en Clapers, una fundació burgesa a la ciutat de València comptava amb uns 10.000 sous (Rubio Vela, 1984: 91-92).

2 Els fets són sobradament coneguts: el 30 de novembre del 1453, Galceran de Requesens, lloctinent de Catalunya, va suspendre les eleccions per escollir consellers i va nomenar a dit una nova conselleria buscaire. L'actuació de Requesens trencava de forma directa amb el funcionament normal del Consell de Cent, fet que ha propiciat que alguns historiadors parlin d'un autèntic «cop d'estat» (Soldevila, 1963: 727). Sobre l'ascens de la Busca al poder municipal, veieu Batlle (1973: 260-270).

3 Efectivament, l'ascens dels buscaires al poder va anar acompanyat d'una intensa política de transformacions en els càrrecs municipals. Malgrat el seu programa reformista, la Busca cauria en les pràctiques habituals de la política municipal barcelonina, en la qual el control dels càrrecs i prebendes i, per tant, les possibilitats de repartir-los entre elements afins constituïen un element fonamental (Batlle, 1973: 269-276).

esdeveniments, àmpliament recollits en la documentació generada per municipi, van derivar en tot un terratrèmol polític.[4]

L'origen immediat del conflicte es pot situar al maig del 1453. Amb un consell encara dominat per l'oligarquia biga, l'elecció dels administradors seculars des l'hospital es va desenvolupar de forma clarament antiordinacional:[5] Jaume Sapila, destacat ciutadà i membre del partit oligàrquic, renovà el seu càrrec per quart any consecutiu, adduint la continuïtat d'unes obres iniciades sota la seva supervisió. En canvi, Bertran Torró, administrador des de l'any anterior i dirigent buscaire, va ser substituït abans d'acabar els seus dos anys de mandat per Pere Sastrada, ciutadà proper a la Biga.[6] Quasi un any després, però, i amb els buscaires ja fermament assentats en el poder municipal, la convivència entre la conselleria buscaire i l'administració hospitalària biga es demostrà impossible. Efectivament, l'abril del 1454 la conselleria, juntament amb els 12 prohoms establerts a les ordinacions del 1448, revocà Jaume Sapila i Pere Sastrada dels seus

4 El present treball es basa, principalment, en les fonts generades pel municipi. Cal, doncs, aprofundir en l'estudi de les fonts del capítol barceloní i del mateix hospital, en les quals el conflicte apareix, tot i que de forma molt més succinta. En aquest sentit, l'omnipresència de l'hospital en la documentació municipal barcelonina i, en canvi, la seva relativa absència de les fonts capitulars és molt significativa, ja que exemplifica el compromís de la ciutat amb la institució assistencial i reforça la concepció de l'hospital com un dels grans projectes urbans de la Barcelona medieval.

5 Les ordinacions del 1417 establien que el càrrec d'administrador només es podia desenvolupar «tansolament per spay de dos anys continuus» i que s'havien d'escollir en «la festa de Santa Creu de maig» (Roca, 1920: III). Més endavant, l'any 1448, el consistori barceloní detallaria el procediment d'elecció dels administradors seculars a través d'unes ordinacions. Segons aquestes, 5 consellers, assessorats per 12 prohoms, havien d'escollir «un notable ciutadà per ésser un dels dos administradors del dit hospital». Segons aquestes noves ordinacions, l'elecció s'havia de celebrar el mes de gener, i s'especificava que «quescún administrador del dit hospital elegit per part de la ciutat tendrà l'administració del dit hospital per dos anys». Alhora, insistia en la necessitat de fer les eleccions de forma anual, «car moltes vegades, los honorables administradors, pus hi avia administradors, no curaven de elegir-ne altres». Aparentment, però, les eleccions d'administradors es van continuar celebrant el maig: «Però és ver que la dita elecció del ciutadà se fa en lo mes de maig, per tant com en aquellés la elecció del canonge» (Arxiu Històric de la Ciutat de Barcelona (AHCB), Testaments de Consellers 1C.XVII-4, f. 1). En qualsevol cas, és evident que les advertències dels consellers del 1448 sobre la necessitat d'elegir els administradors anualment no es van complir (AHCB, Deliberacions 1B. II-4, f. 113).

6 AHCB, *Deliberacions* VII, f. 98. Uta Lindgren (1980: 76-77) para esment de l'incident i explica la renovació de Sapila per la construcció d'una obra hidràulica, si bé no ho justifica amb cap referència documental.

càrrecs, al·legant l'evident incompliment de les ordinacions. Els administradors sortints van ser substituïts per Jofre Sirvent, conseller i eminent buscaire, i per Miquel Desplà, ciutadà i membre d'última hora de la Busca moderada. El primer havia d'ostentar el càrrec, tal com s'especifica en el procés d'elecció, durant tot l'any a partir del mes de maig del mateix any i durant tres anys més, i el segon, també començant al maig, durant dos anys més.[7] El caràcter clarament contrari a les ordinacions de la decisió xoca amb la retòrica legitimista del procés i deixa entreveure una molt probable motivació política darrere les accions de la conselleria buscaire.

Els nous administradors seculars, si bé presentaven perfils socials i polítics prou diferents, coincidien en una major o menor fidelitat al programa buscaire. Sirvent era un mercader, membre d'una família molt vinculada al servei reial i a la vida pública barcelonina. Ja en l'any 1433 va protagonitzar un altercat contra l'oligarquia (Batlle, 1973: 138-139), i en el context immediat de l'ascens de la Busca al poder es va erigir com un aliat fidel del lloctinent Galceran de Requesens.[8] Bona mostra d'això és la seva elecció com a conseller l'any 1453, feta a dit pel propi Requesens. Desplà, en canvi, pertanyia a una de les grans famílies de l'oligarquia barcelonina i, de fet, va formar part de la conselleria biga de l'any 1452-1453, considerada il·legal pel Sindicat dels Tres Estaments. Tot i això, va demostrar una clara voluntat conciliadora entre els dos partits i, finalment, es va passar a la Busca després de la intervenció de Requesens el novembre del 1453. Significativament, va ser l'únic dels consellers sortints que no va ser processat després de l'accés del bàndol popular al poder (Batlle, 1973: 266-299).

En qualsevol cas, la nova administració secular no trigaria a topar amb els seus col·legues eclesiàstics, estretament vinculats a l'oligarquia barcelonina que, tradicionalment, havia governat tant la ciutat com l'hospital.[9] Al

7 AHCB, Deliberacions 1B. II-7, f. 186v., 187.

8 Jaume Safont (Biblioteca de Catalunya, ms. 978, Dietari, f. 41v.), advocat i exacerbat biga, acusa Sirvent, juntament amb dos consellers més, de pactar amb Requesens obediència absoluta: «li han fets sengles albarans, sotscrits de lurs pròpies mans, promatent-li de fet tot ço e quant ell volgués». Carme Batlle (1973: 346) assenyala que Sirvent posseïa una propietat a Molins de Reis, fet que l'hauria apropat a Requesens, senyor de la localitat.

9 El nou govern buscaire va topar amb l'hostilitat de bona part del clergat barceloní. L'any 1454, els frares i monges convidats pels consellers als funerals celebrats en honor de Joan II de Castella van negar-se a assistir-hi, i les monges de Valldonzella van manifestar que no consideraven als nous regidors com a tals (Batlle, 1973: 329). Sobre la relació entre els canonges del capítol barceloní i l'oligarquia urbana, veieu Conesa (2016).

juliol del 1454, Jofre Sirvent i Miquel Desplà van proposar la readmissió de dos oficials de l'hospital, Francesc de Pedralbes, físic, i Joan Vivó, cirurgià, acomiadats per l'administració anterior. La negativa dels administradors canonges, Antoni Janer i Nadal Garcés,[10] que sens dubte havien participat del procés d'acomiadament, provocaria un enfrontament directe en el si de l'administració.

Les raons del acomiadament no s'especifiquen en la documentació consultada, si bé la forta resistència dels administradors canonges a la readmissió i la insistència en el sentit contrari de l'administració secular i els consellers conviden a relacionar-ho amb les tensions polítiques derivades de l'enfrontament entre la Busca i la Biga.[11] L'explicació política encaixaria a la perfecció en el cas de Joan Vivó. El cirurgià va ser un destacat buscaire, síndic del Sindicat dels Tres Estaments i, finalment, conseller l'any 1456 (Batlle, 1973: 606; Carreras i Candi, Guanyalons i Bou (eds.), 1912: 40). Els criteris polítics, però, semblen més difícils d'aplicar en el cas de Francesc de Pedralbes, membre d'una família de jueus conversos dedicada a la medicina, i, aparentment, sense vincles concrets amb la vida pública barcelonina (Hernando, 2007: 186). Així doncs, i més enllà dels motius reals de l'expulsió, la nova conselleria buscaire no va dubtar en qualificar l'acomiadament com a injust, «sens causa precedent», i, fins i tot, va explicar l'elecció anti-ordinacional del 1453, que va elevar als biga Sapila i Sastrada a l'administració, com una maniobra dirigida a facilitar l'expulsió de Joan Vivó i Francesc de Pedralbes:

> E en l'any passat havia en lo dit hospital dos administradors e fou-ne elegit un en loch de un del darrer elegit. E romàs-hi aquell qui primer era stat elegit, e lo havia tengut fins IIII anys. E segons se és sebut, ho faheren per remoure del dit hospital un phísich e un cirurgià de aquells qui havien càrrech del dit hospital, e foren III mesos dos altres.[12]

Les fonts consultades no aporten el punt de vista ni dels administradors eclesiàstics, tan fermament oposats a les intencions de la conselleria

10 Arxiu Històric de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Manual únic de Gabriel Bofill, f. 55r.

11 Lindgren (1980: 77) esmenta el conflicte, tot i que el relaciona amb un problema laboral més extens, relacionat amb reivindicacions salarials. No n'hem trobat cap referència, però, en la documentació consultada.

12 AHCB, Deliberacions 1B. II-9, f. 30v.

i l'administració buscaire, ni de l'administració biga anterior. L'explícita bel·ligerància del consell, però, evidencia l'excepcionalitat d'un conflicte que, evidentment, no era estrictament professional.

### *El problema de la subvenció*

La ferma negativa dels canonges a la readmissió va iniciar un intens període de deliberacions en el si del consistori barceloní. En un principi, el govern buscaire va intentar negociar directament amb el capítol, sense cap èxit aparent.[13] Davant del fracàs de les negociacions, el 22 d'octubre del 1454, els consellers i jurats reunits en el Consell de Trenta van proposar, com a mesura de pressió, excloure els administradors eclesiàstics de la gestió de la subvenció de 2.000 florins que la ciutat concedia anualment a l'hospital:[14]

> E jatsia los dits ciutedans qui són per la dita administradors en lo present any haguessen deliberat en certa forma sobre los officis de phísichs e cirugià e sobre obres del dit hospital. Però los dits canones se lunyen del rehonable en les dites coses e maiorment en los offiçis e obres del dit hospital, volents que llur voluntat pas anant. E per ço ells consellers havien pensat que, pus la ciutat fa prèstech dels dits IIm florins, que la administració e distribució dels dits IIm florins fos dels consellers e dels dits dos administradors qui són ciutedans o de la maior part d'aquells, e que los dits dos canonges no se'n poguès sen entermetre.[15]

L'assumpte, però, havia de ser aprovat en el Consell de Cent Jurats, celebrat l'endemà. En l'assemblea, el conseller tercer Pere Destorrent va anunciar la proposta del Trentenari, tot detallant els esdeveniments que

13 AHCB, Deliberacions 1B. II-9, f. 8v: De la remoçió feta dels dos offiçials del hospital de Sancta Creu fou deliberat que alguns dells consellers ne vagen comunicar ab lo capítol de la Seu, car és de creure que per molts esguarts lo ditcapítol farà fer la rehó als dos administradors del dit hospital canonges de la dita seu, e sinó ho fan, que la donchs los dits consellers façen les dites coses, tot ço que.ls parea ésser expedeint e rehonable.

14 Recordem que Jofre Sirvent era, alhora, conseller i administrador de l'hospital. Entre els jurats reunits en el Consell de Trenta hi trobem alguns individus implicats en la gestió de la Santa Creu, com Bernat Miquel, administrador entre el 1455 i el 1458 o, significativament, Bertran Torró, l'administrador proper a la Busca expulsat l'any 1453 (AHCB, *Deliberacions* 1B. II-9, f. 24).

15 AHCB, 1B. II-9, f. 25v.

havien portat fins a l'enfrontament directe.[16] El consell, però, va deliberar endurir encara més la pressió sobre els administradors canonges, i va decretar, «que lo beneplàcit de fer lo prèstech al dit hospital dels dits IIm florins quescun any per subvençió de aquell sia revocat e de fet lo dit conçell lo revoca». El govern es reservava, però, la possibilitat de recuperar la subvenció, «a beneplàcit emperò de la dita ciutat, e tant quant al concell de cent jurats de aquell serà vist fahedor».[17]

La decisió d'anul·lar, almenys de forma temporal, la subvenció trencava amb una dinàmica ben consolidada de suport financer de la ciutat respecte l'hospital. Efectivament, l'any 1407, poc després de la fundació de la Santa Creu, el govern municipal havia establert un donatiu anual de 3.000 florins, concedits per suportar els càrrecs derivats de «diverses malalts com de infants e persones insenades e alres».[18] La quantia de la subvenció, però, estava condicionada a l'augment de les altres fonts de finançament de l'hospital, a més a més de les possibilitats de la hisenda barcelonina. Així doncs, la subvenció va patir diverses rebaixes al llarg del segle xv, fins a la seva supressió l'any 1482. El 1431, l'hospital va rebre 2.376 florins, xifra que es va rebaixar fins els 2.000 en qüestió l'any 1450, «per ço com lo dit hospital ha crescut de rendes e la ciutat ha minvat de reebudes».[19] Lamentablement, no es conserven els llibres de comptes dels anys del conflicte, però en el llibre de l'anualitat de 1430-1431, l'únic existent del segle xv, era una de les partides més importants per a la Santa Creu, corresponent a un 26,87% dels seus ingressos anuals (Sánchez-Martínez, 2014: 182, taula 1). Molt possiblement, la reducció de la xifra a 2.000 florins i l'augment de

16 AHCB, 1B. II-9, f. 30-31r. La intervenció del conseller funciona com un resum eficaç dels esdeveniments i, sobretot, de la posició dels buscaires al respecte. S'insisteix, doncs, en l'elecció anti-ordinacional del 1453, que hauria estat corregida amb l'ascens de Sirvent i Desplà a l'administració. A més a més, presenta el conflicte al voltant dels oficials i reforça la hipòtesi de les motivacions polítiques, ja que descarta motius professionals: «E que dita ciutat no volia sinó que algun offical o ministre de aquell ab desordre e sens demèrits non fos tret, car los salaris del dit hospital eren de pocha quantitat e aquells qui tenien los officis del dit hospital, pensants los haver en de llur vida, los servien ab maior voluntat. E que si los dits phísich e cirúrgich ne eren trets ab justa causa e demèrits preçeedents, que ells dits consellers pus ne fos vista la veritat, eren ben contents fer cessar la instànçia que los administradors ciutadans, en nom e per part de la dita ciutat, havien feta e faheren en fer tornar en lo dit hospital los dits phísich e cirurgià».

17 AHCB, Deliberacions 1B. II-9, f. 26v-32r.

18 AHCB, Deliberacions 1B. II-24, f. 153v, cit. per Sánchez-Martínez (2014: 189).

19 AHCB, Deliberacions 1B. II-9, f. 25v.

les partides relacionades amb els ingressos patrimonials va disminuir la importància de la subvenció en les entrades de l'anualitat de 1453-1455, sense deixar de ser, però, una font d'ingressos gens menyspreable.[20] Per tant, la decisió del consell suposaria, encara, una de les principals armes en mans del govern.

Les dificultats inherents en l'aplicació de la mesura coercitiva van propiciar un llarg debat al voltant de la gestió de la subvenció. El procés va patir alguns dels mals tradicionals de la política municipal barcelonina, com la lentitud en la presa de decisions i la constant delegació de l'assumpte a les diverses assemblees del govern. Així doncs, el 26 de novembre del mateix 1454, el Consell de Trenta va expressar la necessitat de fer valer les mesures acordades, i, alhora, va trametre l'afer a la reunió del Consell de Cent que s'havia de celebrar l'endemà. Aquest darrer, si bé es va reafirmar en la voluntat de tirar endavant els acords presos, va delegar l'assumpte, un cop més, a una comissió de sis prohoms que, juntament amb els advocats de la ciutat, havien d'assessorar la conselleria.[21]

### *La fi del conflicte i la caiguda de la primera administració buscaire*

Eventualment, el conflicte al voltant dels acomiadaments del físic i del cirurgià es va demostrar irresoluble, i les pretensions de la conselleria al voltant de la subvenció irrealitzables. És significatiu que la fi del conflicte coincidís amb al renovació de la conselleria del novembre del 1454. Si bé els consellers van incloure les seves reivindicacions respecte els oficials de l'hospital en el *Testament dels Consellers* del 1454, una última voluntat política del govern sortint, la nova conselleria es va mostrar molt menys bel·ligerant.[22] Així doncs, en una reunió del Consell de Trenta del 28 de març del 1455, la nova conselleria determinava que:

20 La importància creixent de les rendes fruit de la gestió del patrimoni i el deure en el finançament dels hospitals medievals i moderns de la Corona d'Aragó és un fet àmpliament reconegut. Tal com exposa Jordi Morelló (2014: 211-221), les institucions de beneficència de la Corona es van integrar plenament en «la societat del censal». El aquest sentit, l'increment en el nombre de rendes percebudes es faria evident: si l'any 1431 l'hospital en rebia una cinquantena, l'any 1505 aquesta xifra havia pujat fins a 188.

21 AHCB, *Deliberacions* 1B. II-9, f. 49v-51r. Entre aquests sis prohoms trobem Pere de Prexana, que seria escollit administrador en substitució de Sirvent i Desplà poc després.

22 AHCB, *Testaments dels Consellers*, 1C. XVIII-4, f. 10r.

> […] sobre lo fet del prèstech del hospital de Santa Creu, attés que és cosa molt pia, e tal que lo dit prèstech no deu cessar en alguna forma, atteses los grans inconvenients qui se'n porien seguir sinó era fet lo dit prèstech, fou deliberat per lo dit concell qui ha paguada al dit hospital una terça o aquella quantitat del dit prèstech que als dits consellers serà vist fahedor ésser necessària al dit hospital.[23]

La decisió, doncs, revertia les mesures impulsades per l'anterior conselleria. El motiu principal adduït pel Consell era la recuperació de la normalitat en el funcionament de l'hospital: els jurats i consellers van fer referència a la impossibilitat de pagar les «dones qui nodreixen los infants» i els oficials en general i, sobretot, al «gran scàndol e perill» que es derivaria de la descura d'infants i malalts.[24] Tenint en compte el paper fonamental de l'acollida d'infants, una de les columnes principals de l'activitat assistencial de l'hospital, l'alarma dels consellers i prohoms sembla justificada.[25] Certament, la retirada de la subvenció municipal podria tenir un efecte destacable en el pagament dels sous dels diversos oficials de l'hospital. L'any 1431, les retribucions del personal de l'hospital suposaven poc més de 930 lliures, és a dir, un 19,09% de les despeses de l'hospital. Dins d'aquestes despeses de personal, les dides rebien unes 376 lliures, un 40,4% dels salaris (Sánchez-Martínez, 2014: 194-197).[26] La tercera part de la subvenció de 2.000 florins, equivalent a 366 lliures, 13 sous i 4 diners, podia, doncs,

23 AHCB, 1B. II-9, f. 95r.

24 AHCB, Deliberacions 1B. II-9, f. 94r. En el document s'especifica que les dides cobraven durant la Setmana Santa.

25 Així ho recullen les ordinacions del 1417: «hi són contínuament acollits, rebuts, sostinguts e alimentats, en gran nombre, homes e dones pobres, afollats, contrets, orats, nafrats, e havents altres diverses misèries humanes, infants gitats e altres persones miserables de diverses nacions e condicions» (Roca (ed.), 1920: V). Teresa Vinyoles (1982: 205, 224) comptabilitza la gens menyspreable xifra de 259 infants abandonats en els llibres d'expòsits dels anys 1426-1429 i 1435-1439, i 229 dides.

26 Vinyoles (1982: 224-225) indica que els salaris de les dides estaven sotmesos a una gran variabilitat. Així doncs, les percepcions es dividien en períodes. L'any 1427, les dides cobraven en el primer període, quan el nen s'alimentava exclusivament de llet, uns 16 sous i 6 diners al mes. Durant el segon període, quan el nen ja no depenia exclusivament de la llet de la dida, el salari es reduïa a aproximadament la meitat. Tal com assenyala Vinyoles, el salari no es cobrava regularment i, en moltes ocasions, es percebia en períodes de mesos o, fins i tot, un cop a l'any, tal com indica el document. Aquest aspecte pot justificar la demanda de líquid de l'hospital el març del 1455.

assumir amb garanties el pagament dels sous de l'hospital, que difícilment haurien protagonitzat una crescuda espectacular des del 1431.

La iniciativa de la nova conselleria es va aplicar immediatament: el llibre de Clavaria de la ciutat reflecteix un pagament de 366 lliures, 13 sous i 4 diners el mateix dia 28 de març, quantitat dipositada a la Taula de Canvi en benefici de l'hospital.[27] Es tractava, doncs, de l'esmentada tercera part de la subvenció.

L'aparent fi de l'entesa entre la conselleria i els administradors seculars va propiciar la caiguda dels darrers el maig del 1455, quan el govern municipal, acompanyat dels 12 prohoms que establien les ordinacions del 1448, va revocar-los de forma extraordinària.[28] El procediment, notablement semblant al de l'abril del 1454, es va saldar amb la substitució de Jofre Sirvent i Miquel Desplà per Pere de Prexana, mercader i llavors conseller, i Bernat Miquel, ciutadà, ambdós propers a la Busca. Les úniques raons adduïdes eren el restabliment del procés normal d'elecció, que, tal com especificaren els consellers, s'havia vist alterat els anys 1453 i 1454. De fet, en la nova elecció es va limitar el mandat de Pere de Prexana a dos anys i el de Bernat Miquel a un, per tal de garantir la rotació anual en l'administració. Tot i aquesta retòrica legitimista, les administracions de Prexana i Miquel es van allargar, un cop més, de forma anti-ordinacional. Així doncs, el primer ocupà el càrrec durant quatre anys i dos mesos, i el segon durant tres i sis mesos. Els motius profunds de la decisió, doncs, semblen més relacionats amb les dinàmiques polítiques de l'hospital i la ciutat. La conselleria de Sirvent, que, recordem, va compaginar amb l'administració, no va ser fàcil: la ingerència del lloctinent Galceran de Requesens i del Sindicat dels Tres Estaments era contínua, fet que va propiciar una ruptura en el si de la conselleria (Batlle, 1973: 286). Si bé Sirvent es va posicionar a favor

27 AHCB, *Clavaria* 1B. XI-68, f. 85v-86r.

28 Entre aquests 12 prohoms trobem el barber Joan Vivó, un dels dos oficials acomiadats per l'administració biga l'any 1453. L'acta de l'assemblea recollida en el registre de deliberacions especifica el sistema d'elecció dels nous administradors. En primer lloc, es va presentar un memorial on constaven els candidats a ocupar el càrrec, que després van ser sotmesos a votació: «ço és, quescú dels dits honorables consellers, e de tots los altres, singularment apert scriviren lurs vots en sengles ceduletes de paper, ço és, los noms d'aquells dos del dit memorial que·ls plaguen». El document recull, també, el resultat. En aquest cas, el vot va ser quasi totalment unànime, amb només una dissensió. És temptador, i indemostrable, adjudicar el vot negatiu a Vivó, que s'hauria oposat a revocar els administradors que tant havien lluitat per la seva reintegració (AHCB, *Deliberacions* 1B. II-9, f. 131v-132).

de Requesens, la seva actuació en el govern municipal i en la gestió de l'hospital podria haver-lo enfrontat amb diversos homes públics de Barcelona. En aquest sentit, el problema dels oficials i les seves conseqüències en la subvenció s'erigeixen, potser, com la hipòtesi més plausible. L'escàndol derivat de l'assumpte i la voluntat del nou govern de posar-hi solució explicaria que les administracions de Sirvent i Desplà fossin vistes com un obstacle que calia eliminar.

L'ascens de Prexana i Miquel a l'administració va iniciar un període d'aparent pau en el si de l'hospital. L'assumpte del físic i el cirurgià, tant present en la documentació citada, desapareix de les actes del municipi, i res sembla indicar una mala convivència entre els administradors seculars i els eclesiàstics.[29] L'any 1457, però, l'incombustible Jofre Sirvent tornaria a accedir a la conselleria (Carreras i Candi; Guanyalons i Bou (eds.), 1912: 40). Des d'aquesta plataforma, i poc abans d'acabar el seu mandat, Sirvent es va mobilitzar per tornar a l'administració. El 24 de novembre del 1458, Sirvent exposava davant del Trentenari la necessitat d'escollir un nou administrador en lloc de Bernat Miquel, que ja «la haie tenguda per dos anys».[30] L'escollit per substituir-lo no va ser cap altre que el mateix Jofre Sirvent. Malgrat que el document no explicita cap motiu extraordinari per l'elecció, no pot passar per alt que aquesta se celebra a l'octubre, enlloc de l'acostumat mes de maig. A més a més, l'omnipresència de Sirvent que, com a conseller, proposa la mesura i, alhora, és escollit, resulta, si més no, sospitosa. De fet, aquest segon període en l'administració també s'allargaria de forma contraria a les ordinacions, ja que Sirvent no va ser desallotjat del càrrec fins el novembre del 1461, quan va ser substituït per Lluís Setantí (Schwartz i Luna,Carreras i Candi (eds.), 1893: 394).

29 La documentació municipal sí que fa referència a un conflicte amb el bisbe que s'arrossega almenys des del del 1440 (AHCB, *Testaments de Consellers*, 1C. XVIII-5, f. 4).

30 AHCB, *Deliberacions* 1B. II-10, f. 62. De fet, si Bernat Miquel havia estat escollit el maig del 1455, el novembre del 1458 portaria ja tres anys i sis mesos com a administrador, molt més que el que establien les ordinacions del 1417 o les pròpia deliberació del maig del 1455. El document no fa cap esment, doncs, de la durada extraordinària de les administracions de Miquel o de Pere de Prexana, potser per legitimar la convivència d'aquest darrer amb Jofre Sirvent. Per la seva banda, Prexana va ser substituït per Francesc Sescorts, membre de la Busca moderada, el juliol del 1459 (AHCB, *Deliberacions* 1B. II-12, f. 150).

### *El retorn de la Biga a l'hospital*

Com tota la seva carrera hospitalària, el final del segon període de Sirvent a l'administració va estar fortament marcat pel context polític barceloní. L'esmentada caiguda de l'administrador, ferm buscaire i partidari a ultrança del lloctinent Requesens, va coincidir amb el progressiu declivi del bàndol popular. Efectivament, a partir del 1457, els homes de la Biga van anar infiltrant-se pacíficament en les institucions barcelonines, aprofitant les divisions internes dins de la Busca i el suport incondicional de la Diputació del General, que s'anava erigint com el contrapoder principal al municipi i al lloctinent (Batlle, 1973: 338-352). Ja en l'any 1458, el mateix Jofre Sirvent, llavors conseller, protestava per la decisió de dos dels seus companys en la conselleria de cedir l'organització del torneig en honor del recentment coronat Joan II a quatre prohoms aliens a la Busca (Batlle, 1973: 346). Així mateix, en les conselleries dels anys 1459 i 1460 trobem diversos consellers directament vinculats al bàndol oligàrquic, com el mateix Lluís de Setantí, conseller segon l'any 1460 (Carreras i Candi; Guanyalons i Bou (eds.), 1912: 40).[31] Sembla, doncs, que Setantí va seguir una maniobra semblant a l'emprada per Sirvent l'any 1458: a punt de finalitzar el seu mandat com a conseller, aprofitaria la seva influència per revocar al buscaire Sirvent i erigir-se com a administrador (Schwartz i Luna; Carreras i Candi (eds.), 1893: 394).

L'elecció de Setantí posava fi, doncs, al domini exclusiu dels homes de la Busca sobre l'administració laica de l'hospital. La decadència de la causa buscaire en el govern municipal va repercutir, com ho havia fet el seu ascens, en la gestió de la institució assistencial que, en vespres de la guerra civil, va tornar a ens mans de l'oligarquia que l'havia controlat tradicionalment.

31 Els Setantí eren una família de mercaders provinents de Lucca, recentment ascendits a ciutadans honrats. Bona prova de la rellevància de Lluís de Setantí dins de l'oligarquia barcelonina és la seva elecció com a conseller en cap l'any 1471. Com a tal, va rendir la ciutat a Joan II, ja a les acaballes de la guerra civil catalana (Schwartz i Luna,Carreras i Candi (eds.), 1893: 507).

## *Conclusions*

La pugna entre la Busca i la Biga pel control de la ciutat i, més concretament, el conflicte dels anys 1453-1455, va afectar sens dubte l'exercici de la més alta dignitat de l'hospital, és a dir, l'administració. El seu impacte sobre el dia a dia de la institució, però, és més difícil d'identificar. Els consellers que van restaurar la subvenció van justificar la mesura pel perjudici que es derivaria de l'impagament de sous a dides i oficials, i, en aquest sentit, la documentació deixa entreveure una certa necessitat de líquid per part de la Santa Creu. Tanmateix, els manuals notarials del període ens permeten observar com, evidentment, l'hospital segueix rebent donacions i recaptant rendes fins i tot en els temps més crítics en el si de l'administració. La poca documentació conservada corresponent al mandat de Jofre Sirvent i Miquel Desplà, però, podria reflectir, almenys parcialment, el conflicte estudiat.[32] En un document del 29 d'octubre del 1454, els dos administradors ciutadans apareixen actuant en solitari, si bé en un altre document, del 7 de desembre del mateix any, trobem els quatre administradors.[33] En qualsevol cas, els administradors semblen molt menys actius, o, almenys, apareixen de forma menys freqüent, en comparació amb la documentació generada per l'administració immediatament posterior, on trobem moltes més referències a l'acció conjunta dels quatre administradors.

Més enllà de les afectacions més concretes en la quotidianitat de l'hospital, la destacada participació de la Santa Creu en la pugna entre la Busca i la Biga evidencia la plena inclusió de la institució en la vida pública, és a dir, política, de la Barcelona del segle xv. L'hospital de la Santa Creu es pot entendre com un dels grans projectes urbans del segle de la ciutat medieval i un exemple més de la consolidació progressiva del municipi.[34] En aquest sentit, els fets estudiats mostren com la ciutat s'erigeix com a protectora dels suposats interessos de l'hospital, fins i tot en oposició a l'altra gran institució involucrada en la seva gestió, com és el capítol catedralici. Independentment del pes d'interessos aliens a l'estricte bon govern de l'hospital, l'actuació de la ciutat en el conflicte del 1454-1455 mostra, almenys, com el govern municipal s'imagina a ell mateix. La documenta-

32 No es conserva la documentació anterior a setembre per l'any 1454.

33 AHSCSP, *Manual de Gabriel Bofill*, f. 51r, 55r.

34 Sobre la relació entre el fet hospitalari i les concepcions de bé comú veieu Barceló (2017: 39-48).

ció del període ofereix, també, múltiples exemples de la importància del canvi cívic en el la concepció i gestió de l'assistència. En les actes de deliberacions consultades, els homes públics de Barcelona justifiquen la seva política hospitalària apel·lant als principis pietistes propis de l'assistència medieval, però també a elements directament relacionats amb la inclusió de l'hospital en la res publica barcelonina. L'any 1455, quan els consellers i regidors deliberen sobre el futur de la subvenció, remarquen que es «fehia a glòria e honor de nostre senyor Déus e a gran sustentació del dit hospital»,[35] i, alhora, rememoren el seu origen, vinculat a la bona voluntat de la ciutat:

> E per açò en l'any MCCCCVII la dita ciutat, vehent la gran fretura que lo dit hospital passave, e que nos podia sostenir en alguna forma, delliberà que per la dita ciutat fos prestat aquescun any al dit hospital per subvençió de aquell IIIm florins, però a beneplàcit de la dita ciutat.[36]

La ciutat recorda constantment el seu compromís amb l'hospital. Bona mostra d'això és la referència anual dels Testaments de Consellers. Cada any, els consellers sortints recorden als seus successors, en una forma estereotipada, «que haien cura del hospital de Sancta Creu de la dita ciutat» i, sobretot, que complissin amb les seves obligacions a l'hora d'escollir administradors.[37] Un avís que, com hem pogut comprovar, no era en cap cas sobrer.

Com ja hem comentat, la defensa de l'hospital podia suposar l'enfrontament amb altres actors. En aquest cas, la primera administració buscaire de Sirvent i Desplà, plenament recolzada per la ciutat, va xocar repetidament amb els administradors eclesiàstics. Ens podem plantejar, doncs, fins a quint punt el sistema de gestió mixt de la Santa Creu va ser un model d'èxit. Tal com remarca Antoni Conejo (2010: 443), el sistema barceloní es va exportar a altre indrets de la Corona. La gestió compartida entre Església i ciutat s'adequava, evidentment, a la titularitat diversa de les fundacions petites o mitjanes que s'integraren en els diversos hospitals generals creats durant els segles xv i xvi. Com hem vist, però, la convivència entre els dos poders no era sempre fàcil. De fet, en el cas barceloní, el conflicte al voltat dels oficials i la subvenció es va sumar a un problema precedent:

35 AHCB, *Deliberacions* IX, f. 32r.

36 AHCB, *Deliberacions* 1B. II-9, f. 30r.

37 AHCB, *Testament de Consellers* 1C.XVII-4, f. 1.

des de l'any 1440 el bisbe de Barcelona pretenia percebre unes rendes de l'hospital, fet que la ciutat considerava il·legítim.[38] En aquest cas, el govern municipal es va erigir de nou com a defensor dels interessos de la Santa Creu. En general, l'hospital és ben present en la documentació municipal barcelonina, i, com hem mostrar, la ciutat s'imagina a ella mateixa com a defensora i garant dels seus interessos. Un rol que, aparentment, el capítol no assumeix o, en qualsevol cas, no reflecteix en la documentació. Es reforça, doncs, la idea del gran hospital general barceloní com un projecte privilegiat de la ciutat, assumit plenament per una elit política que participa dels conceptes «res-publicans» propis de la gestió del fet municipal al segle xv.

Una manifestació més d'aquest darrer aspecte és l'existència de carreres hospitalàries personals. Efectivament, en la documentació consultada es pot identificar la presència d'individus clarament interessants en ocupar el càrrec d'administrador. El cas més evident és, segurament, el de Jofre Sirvent, administrador durant els períodes de 1454-1455, 1458-1461 i, finalment, 1467-1469, poc abans de la seva mort.[39] En les dues primeres ocasions, Sirvent va accedir al càrrec essent conseller, un fet prou habitual entre els administradors seculars del segle xv. No sembla agosarat, doncs, parlar d'autèntiques estratègies destinades a controlar l'hospital de la Santa Creu i, fins i tot, de l'existència d'individus més o menys especialitzats en la política hospitalària. Cal tenir en compte, però, que l'elit política barcelonina que gaudia de l'accés exclusiu a l'administració conformava un grup relativament petit i que, per tant, les repeticions en el càrrec o la presència repetida en la documentació relacionada amb l'hospital no s'han d'associar, necessàriament, a aquestes estratègies.

38 L'hospital arriba a aparèixer fins a quatre cops en el Testament de Consellers de l'any 1454 (AHCB, *Testament de Consellers* 1C.XVII-4). En primer lloc, trobem l'esmentada entrada protocol·lària referent a la correcta gestió de l'hospital (f. 1r); en segon lloc, una referència a l'enfrontament amb el bisbe en qüestió; en tercer lloc, una referència al conflicte dels oficials (f. 10r); i per últim, una referència a l'assumpte de la subvenció (f. 13r).

39 El tercer període de l'administració de Sirvent no ha estat estudiat, ja que s'escapa del marc estricte de l'article. Segons el llistat d'administradors elaborat per Lindgren (1980, taula 25), Sirvent hauria coincidit en l'administració, en aquest darrer període, amb Jaume Sapila, el ciutadà biga que havia expulsat l'any 1453.

## *Fonts documentals*

ARXIU HISTÒRIC DE LA CIUTAT DE BARCELONA (AHCB)
- FONS MUNICIPAL
    - Registre de Deliberacions
    - Testaments de Consellers
    - Clavaria

ARXIU HISTÒRIC DE L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU (AHSCSP)
    -Manual únic de Gabriel Bofill

BIBLIOTECA DE CATALUNYA (BC)
    -ms. 978: Dietari de Jaume Safont

## *Bibliografia*


BARCELÓ, Josep (2017) *Poder local, govern i assistència pública: l'hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona*. Tarragona: Ed. Arola.

BATLLE, Carme (1973) *La crisis social y económica de Barcelona a mediados del siglo XV*. Barcelona: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Departamento de Estudios Medievales (Institución Milá y Fontanals).

CARRERAS i CANDI, Francesc; GUNYALONS i BOU, Bartomeu (eds.) (1912) *Rúbriques de Bruniquer. Ceremonial dels Mangífics Consellers y Regiment de la Ciutat de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

CONEJO, Antoni (2010) «La financiación de los hospitales de la Corona de Aragón durante la baja edad media: condiciones sociales, económicas y espirituales». En CAVACIOCCHI, Simonetta (2010) *Le interazioni fra economia e ambiente biológico nell'Europa pre-industriale: Secc. XIII-XVIII*. Florència: Istituto Internazionale di Storia Economica "F. Datini" & Firenze Uniersity Press.

CONESA, Julia (2016) «Le haut clergé séculier dans les réseaux de l'élite dirigeante urbaine du bas MoyenÂge: chanoines, liens familiaux et réseaux politiques à Barcelone à la fin du XVe siècle». En LEMAITRE, Nicole (2016) *Réseaux religieux et spirituels: du Moyen Âge à nos jours*. París: Édition électronique du CTHS.

HERNANDO, Josep (2007) «Conversos i jueus: cohesió i solidaritat. Necessitat d'una recerca». *Anuario de Estudios Medievales*, 37/1: 181-212.

Lindren, Uta (1980) *Bedürftigkeit, Armut, Not. Studien zur spätmittelalterlichen Sozialegeschichte Barcelonas*. Münster Westfalen: Aschendorff sche Verlagsbuchhandlung.

Morelló, Jordi (2014) «Finanzas hospitalarias y deuda pública: los censales de la Santa Creu de Barcelona en torno a 1500». En Huguet-Termes, Teresa (ed.) *et alii* (2014) *Ciudad y hospital en el Occidente europeo*. Lleida: Milenio.

Ortí, Pere (2007) *Les finances municipals de la Barcelona dels segles xiv i xv: del censal a la Taula de Canvi*. Barcelona Quaderns d'Història, 13: 257-282.

Roca, Josep Maria (ed.) (1920) *Ordinacions del Hospital General de la Santa Creu de Barcelona (any MCCCCXVII)*. Barcelona: Fidel Giró, impressor.

Rubio Vela, Agustín (1984) *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalària en la Valencia del siglo xiv*. València: Institució Alfons el Magnànim.

Sánchez-Martínez, Manuel (2014) «Las cuentas de un hospital medieval: la Santa Creu de Barcelona (1430-1431)». En Huguet-Termes, Teresa (ed.) *et alii* (2014) *Ciudad y hospital en el Occidente europeo*. Lleida: Milenio.

Schwartz i Luna, Frederich; Carreras i Candi, Francesc (eds.) (1983) M*anual de Novells i Ardits*. Volum II. Barcelona: Impremta de Hernich y Companyía

Soldevila, Ferran (1963) *Història de Catalunya*. Barcelona: Alpha.

Vinyoles, Teresa; González, Margarida (1982) «Els infants abandonats a les portes de l'hospital de Barcelona (anys 1426-1439)». En Riu, Manuel (dir.) (1982) *La pobreza y la asistencia a los pobres en la Cataluña medieval*. Barcelona: C.S.I.C.

# L'HOSPITAL DE CLERGUES POBRES DE SANT SEVER I EL RETAULE DE PERE NUNYES

Laura Daví Carbonell
*Universitat de Girona. Grup Història de l'Art Modern GRHCS025*

**Resum:** L'hospital de clergues pobres de Sant Sever de Barcelona va existir durant més de cinc-cents anys al servei de l'Església. En aquest estudi analitzem les referencies que sobre l'edifici i el seu funcionament ens ofereix la documentació conservada, per tal d'aportar noves dades sobre aquest desconegut edifici i per a posar-lo en paral·lel amb una de les obres d'art que el propi hospital encarregà, el retaule de Sant Sever.

**Paraules clau:** hospital, Sever, Nunyes, Barcelona.

*The Poor Clergy men Hospital of St. Severe and the Altarpiece of Pere Nunyes*

**Abstract**: The poor clergymen hospital of Saint Severe in Barcelona existed during more than five hundred years at the Church's service. In this study we analyse the references of the building and how it operated according to the preserved documentation, to provide new data on this unknown building and to put it in parallel with one of the works of art that the hospital itself commissioned, the Saint Severe's altarpiece.

**Keywords**: hospital, Severe, Nunyes, Barcelona.

Comelles, Josep M.; Conejo, Antoni y Barceló-Prats, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 119–126. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

## *Introducció*

L'hospital de clergues pobres de Sant Sever, fundat a inicis del segle xv i en actiu fins a la Guerra Civil Espanyola, desenvolupà un paper destacat dins la vida eclesiàstica ja que actuà com a lloc d'acollida dels sacerdots malalts sense mitjans. També destacà com a interventor dins la societat barcelonina, fet palès en l'encàrrec del retaule de sant Sever a Pere Nunyes i Enrique Fernandes.

En la present investigació es pretén aportar documentació sobre la història d'aquest hospital fins a l'actualitat tot deturant-nos en el moment en què la dita obra s'efectuà. Es troba situat en l'actual districte de Ciutat Vella, a l'illa de cases enquadrada entre els carrers del Pi, Boters i la Palla; la seva façana correspon al número 21 del carrer de la Palla. La fundació fou encapçalada pel prevere Jaume Aldomar el 1412, tal com ens ho assenyala Sever Pujol, notari de Barcelona. És en la mateixa carta constitucional en què Aldomar especifica els motius que el van empènyer a crear-lo:

> Ego Jacobus Aldomar, prevere beneficiatus in sede Barchinone[…] confero et assigno Hospitium […] per malaltias diversas de les quals son detinguts e encara ates de vegades per defalliment de seny, o de pensa, com per altres diversas causas sian posats o constituits en tan gran pobresa que anant mendicant pel mon miserablement han acercar llur vida e en la dita ciutat de Barcelona e Bisbat de aquella no sie alcuna casa o lloch convenient o propi a ells guardant llur sacra orde.[1]

S'especifica també que hi hauria d'haver quatre administradors, dos preveres beneficiats de la Seu de Barcelona, un beneficiat de l'església de Santa Maria del Mar i un altre beneficiat de l'església de Santa Maria del Pi. Aquests càrrecs tindran una durada establerta d'un any.[2]

## *Un retaule per a l'hospital*

Serà un segle més tard, en el context d'unes reformes que s'estaven duent a terme a l'hospital quan s'encarrega el retaule de Sant Sever. L'obra es realitzà entre el 1541 i el 1542 a semblança, tal com indica el contracte, d'un

1 Arxiu Històric de la Ciutat de Barcelona (AHCB). Sever Pujol. *Llibre de visites, butlles, privilegis, indults y altres instruments fahents per est Hospital sots la invocació de St.Sever*. f. 11r.

2 Ibídem. f. 12v.

retaule de sant Sever del segle XV que ja existia a la catedral.[3] El document que més ens interessa per copsar la vinculació entre els artistes i els administradors de l'hospital és la capitulació. Fou Agustí Duran i Sanpere qui la localitzà al 1929. El contracte es divideix en una introducció on se'ns anomenen els corresponents administradors de l'Hospital del moment: Luis Valta i Francesc Romer de la Seu, Gabriel Jofra de Santa Maria del Mar i Bernat Cardona de Santa Maria del Pi. En una segona part s'estableixen les fases en què i com s'hauria de fer l'obra. Primerament, s'havien d'encolar i enguixar les taules així com els elements decoratius de l'arquitectura prèvia i les escultures. Després parlen de la iconografia: s'haurien de pintar quatre taules amb escenes de la vida de sant Sever i s'assenyala que «seran donades pels senyors administradors».[4] A més, al bancal, s'hi representaria la translació de les relíquies del dit sant tal «com est pintada en lo bancal del retable que esta en la Seo en la capella de sant Sever».[5]

Quant al material s'apunta que farien servir colors fins i que pintarien a l'oli, i que farien tan bona obra com els fos possible. El sistema de pagament s'establí en tres terminis arribant a una suma total de 200 lliures. En definitiva, la capitulació evidencia el pes dels administradors en l'aspecte final de l'obra així com en el seu procés de realització, fet, per altra banda, molt comú a l'època. Posteriorment, el retaule apareix mencionat en diversos inventaris de l'hospital del segle XVII[6] moment en el qual també es realitzà la seva primera restauració a càrrec de Salvador Viladomat el 1685.[7]

Un segle més tard, el 1777 el retaule fou traslladat a l'església romànica d'Olesa de Bonesvalls i al 1809 passaria a presidir el presbiteri de la capella de l'Anunciata a l'hospital del mateix poble. El 1929 Duran i Sanpere dóna fe de la seva rellevància i del seu estat d'abandonament, i és traslladat al Museu Diocesà de Barcelona que aleshores estava situat a la planta baixa del seminari conciliar. Durant la Guerra Civil el museu fou saquejat i cremat perdent-se algunes de les obres. En el cas del retaule que analitzem es perdé l'estructura arquitectònica que tenia però es conservaren les pin-

3 Arxiu Històric de Protocols de Barcelona (AHPB). Joan Saragossa, *Esborrany* 1540-1541. 14 març 1541. s.n.

4 AHPB. Joan Saragossa, Esborrany 1540-1541,(14/3/1541),s.n.

5 Idem.

6 AHPB. Jaume Rondó. *Llibre d'inventaris*, f. 22, 52 (13/3/1678 i 20/6/1678); Idem. Marià Rondó. Llibre d'inventaris y encants, f. 68 (14/11/1685).

7 AHPB. Marià Rondó. *Quartum manuale*, f. 289 (22/10/1685).

tures. El museu reobrí les seves portes el 1960, i el 1991 el retaule passà a exposar-se al nou espai museístic ja a l'edifici de la Pia Almoina (Misser, Figuerola, Martí Bonet, 1993).

### *L'hospital del segle xvii a l'actualitat*

Recuperant el fil històric de l'edifici de l'hospital localitzem un document del 1616 que ens parla sobre la visita del bisbe Lluís Sans el qual decretarà unes ordinacions per a millorar-ne el funcionament. S'establia seguir estrictament la voluntat del fundador, Jaume Aldomar, quant a donar cabuda als preveres «decrèpits o impedits» i tractar-los «ab amor, charitat, bé i decentment».[8] També s'especificava que haurien de rebre santíssim sagrament una vegada al mes i que se'ls subministraria roba que s'havien de posar amb «llimpiesa i netedat de camissas y llits».[9] Alhora, s'hi afegia la conveniència d'exercir un estret control sobre el cobrament i l'administració de les rendes, que es diu havien augmentat des de la seva fundació, i per això, s'impel·lia als quatre administradors a reunir-se un cop cada sis mesos. Pel que fa a la designació dels suara esmentat administradors, havien d'acreditar un mínim de sis anys de sacerdoci i residir a l'església on fossin nomenats. I no podrien tornar-ho a ser fins que haguessin passat quatre anys. Igualment, s'estipulava que cada sis mesos els administradors havien de passar els comptes de l'hospital al procurador, i per tal que es fes, tenint present que no rebien cap salari per la seva feina, s'acordava pagar-los a partir d'aquell moment 4 lliures semestrals. Emperò, es decretava una pena de 4 rals cada vegada que no assistissin a les reunions. Així mateix i per garantir el bon funcionament de la institució, si un dels administradors havia de faltar tres mesos continuats, es resoldria buscar-li un substitut de la mateixa església.[10]

Durant el segle xviii es produiran varies visites més de caràcter administratiu.[11] I a inicis del segle xix trobem un canvi remarcable en l'estètica de l'edifici. Conservem una llicència d'obres amb la qual es pretenia

8 AHCB. Sever Pujol. *Llibre de visites, butlles, privilegis, indults y altres instruments fahents per est Hospital sots la invocació de St. Sever*. f. 17v.

9 Idem, f. 18r.

10 Idem, f. 18v-19v.

11 Idem f. 20-22; f. 41-42.

construir un tercer pis i posar-hi balcons.[12] Una altra modificació fou el tapiat de la porta d'accés a l'església de l'hospital, tal com ens explica Víctor Balaguer (1866).

Sobre la seva sustentació econòmica conservem una certificació oficial de 1853 en la qual es constatava que des de l'octubre de 1830 l'hospital de Sant Sever no rebia cap remuneració procedent del pressupost municipal.[13] Cal afegir que el 1873, en el marc de les expropiacions promogudes per Mendizábal, el governador de la província establí que l'hospital no era un edifici desamortitzable ja que complia una funció de beneficència.[14] Quant a la gestió, observem com la durada dels càrrecs dels administradors anà fluctuant. El 1616 s'establí un període de quatre anys;[15] el 1897 s'amplià fins a sis;[16] i el 1913, el vicari general de Barcelona José Palmarela, per delegació del bisbe de Barcelona Juan José Laguarda, especificà que els càrrecs es renovarien biennalment. En aquesta visita d'inicis del segle xx veiem com s'estipula que calia reduir despeses, en el que seran ja els darrers anys de funcionament del centre.[17]

En una fotografia del gener del 1937[18] podem observar l'estat de la façana de l'hospital on encara es conservaven les escultures de sant Sever i dels dos clergues agenollats que Pere Oller realitzà a la primera meitat del segle xv.[19] Les dues figures orants es conserven en l'actualitat al Museu Nacional d'Art de Catalunya, però la de sant Sever ha desaparegut. Cal destacar també la fornícula en forma de serliana, l'únic element conservat de l'antiga capella i un dels pocs exemples d'aquest tipus preservats a Barcelona. Un

12 AHCB. *Llicències d'obres 1808*. ref.09/1C.XIV.

13 Arxiu Municipal Contemporani de Barcelona (AMCB). E*xpediente de una certificación librada a la Administración del Hospital de S. Severo de no percibir renta alguna del presupuesto municipal* (26/10/1853), ref. 2885.

14 AHCB. Sever Pujol. *Llibre de visites, butlles, privilegis, indults y altres instruments fahents per est Hospital sots la invocació de St. Sever*. f. 43.

15 *Idem* f. 19r.

16 *Idem* f. 44v.

17 *Idem* f. 46r-v.

18 Arxiu Fotogràfic de Barcelona (AFB). 4-212 col·lecció de positius sobre paper de l'AFB (14/1/1937).

19 Pere Oller, documentat entre el 1395 i el 1442, fou un dels màxims representants del gòtic català en l'àmbit de l'escultura. Treballà en la decoració de diverses catedrals catalanes com la de Vic, la de Barcelona o la de Girona.

altre element a subratllar d'aquesta fotografia és el cartell situat a l'esquerra, on s'hi pot llegir «Servei dels monuments del patrimoni del poble». Aquest detall ens indica la voluntat de la Generalitat del moment de vetllar per la pervivència de l'edifici ateses les inclemències del conflicte armat.

Les següents notícies que tenim ens parlen dels nous propietaris de l'immoble, que llavors estava compartimentat per pisos, i de les reformes que s'hi feren. Així doncs, entenem que va ser amb motiu de la Guerra Civil que la institució deixà de funcionar, tot i que com ja hem assenyalat, també hi contribuí la manca de recursos palesa en els darrers documents. Arran de deixar de funcionar com a hospital, el 1952, el llavors propietari, Francisco Duch, presentà una instància a l'Ajuntament en la qual, assabentat que l'edifici estava inclòs en la relació de béns d'interès artístic i arqueològic de la ciutat, demanava permís per repintar les portes i les vidrieres.[20] En aquest sentit, coneixem l'existència d'un pati al pis principal pel fet que, el 1960, la llavors propietària d'un dels pisos, Dolores Campanera, sol·licità permís per a construir-hi un bany; un any més tard se la multà per haver cobert el pati de llums sense permís.[21] Un altre document datat pocs anys més tard, al 1964, ens permet entreveure la mala conservació de l'immoble, ja que Francisco Martin denuncià que el sostre de l'habitació que utilitzaven com a menjador amenaçava ruïna pel trencament d'una biga de fusta al segon pis. La inspecció atribuí els desperfectes a les nombroses goteres i humitats.[22]

Per a endinsar-nos en el passat immediat, el present i el futur hem hagut de recórrer a retalls de premsa. La periodista Anna Ballbona (2010) publicà un article al diari El Punt Avui en què informava que l'edifici de l'hospital s'havia vist involucrat en un cas de corrupció urbanística que havia arribat a imputar dos alts funcionaris municipals del districte i l'enginyer extern. A l'antic edifici de l'hospital de sant Sever s'hi havia de fer un hotel de quatre estrelles, però com la normativa urbanística no ho autoritzava, es va voler obrir tan sí com no sota el nom d'Apartaments Sant Sever. El desembre de 2006, el promotor Josep Maria Sesplugues va obtenir la llicència d'hotel i tres mesos més tard se li concedí la llicència d'inici d'obres per condicionar l'edifici. Les obres van procedir de manera irregular fins

20 AMCB. Capsa 24919. Carrer de la Palla 21 (9/6/1952).

21 AMCB. Capsa 24919. Carrer de la Palla 21 (22/11/1960).

22 AMCB. Capsa 24919. Carrer de la Palla 21. (11/4/1964).

que el 2009 s'aturaren, amb la mort del promotor. En aquells moments els hereus posaren l'immoble a la venda. Des del 2007 la històrica façana de l'hospital de Sant Sever dels clergues pobres s'ha mostrat coberta per una bastida i una tela que no permetien la seva contemplació. Tot i així, en el moment de la revisió del present text hem de notificar que s'hi han detectat treballs a l'interior de l'edifici per part de l'empresa constructora Xedex S.A., empresa especialitzada en la restauració del patrimoni arquitectònic.

## *Fonts documentals*

Arxiu Històric de la Ciutat de Barcelona (AHCB)
Arxiu Històric de Protocols de Barcelona (AHPB)
Arxiu Municipal Contemporani de Barcelona (AMCB)
Arxiu Fotogràfic de Barcelona (AFB)

## *Bibliografia*

Àvila, Anna (1989) «Guariment miraculós del rei Martí I de Catalunya i Aragó per intercessió de sant Sever. Trasllat de les relíquies de sant Sever». En(1989) *Millenum. Història de l'Art i l'Església Catalana* [catàleg d'exposició]. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Balaguer, Víctor (1982) *Las calles de Barcelona*. Barcelona: Editorial Salvador Manero.

Ballbona, Anna (2010) «La trama de Ciutat Vella fa perillar una joia del segle xv». *El Punt Avui* [20/11/2010]. Extret de <http://www.elpuntavui.cat>.

Barrachina, Jaume. (coord.) (1986) *Thesaurus: estudis: l'art als bisbats de Catalunya*, 1000- 1800 [catàleg d'exposició]. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.

Duran i Sanpere, Agustí (1929) «Un retaule de sant Sever, exiliat i repatriat». *Vida Cristiana* 16: 338-347.

Madurell, Josep Maria (1944) «Pedro Nunyes y Enrique Fernandes, pintores de retablos (Notas para la historia de la pintura catalana de la primera mitad del siglo xvi)». *Anales y Boletín de los Museos de Arte de Barcelona*. 1/3: 13- 91; 2/1: 7-65; 2/2: 25-72; 2/3: 11-62.

Misser, Salvador; Figuerola, Pere Jordi; Martí Bonet, Josep Maria (1993) *Catàleg Monumental de l'Arquebisbat de Barcelona*. Penedès-Garraf, vol. V/1. Barcelona: Arxiu Diocesà de Barcelona.

Post, Chandler (1958) «The Catalan School in the early Renaissance». *A History of Spanish Painting, part 1 vol. XII*. Cambridge: Hardvard University Press.

# SEGUNDA PARTE
# LOS ESPACIOS DE LA LOCURA

# «LA STANZA DEI PAZZI». FOLLI ED EMARGINATI NELL'HOSPITAL DEL GLORIÓS SANT ANTONI DI CAGLIARI TRA MEDIOEVO ED ETÀ MODERNA

Cecilia Tasca
Mariangela Rapetti
*Università degli Studi di Cagliari. Dipartimento di Storia, Beni Culturali e Territorio.*

**Sommario**: Il saggio vuole contribuire alla storia ospedaliera mediterranea, dando risalto alle fonti sulla reclusione dei folli nell'antico ospedale cagliaritano, attivo per circa cinquecento anni, e per molto tempo unica struttura assistenziale della città. Istituito nel 1338 per concessione di Pietro IV d'Aragona, questo ospedale iniziò molto presto ad accogliere, insieme ai poveri e agli esposti, anche i folli, e rimase l'unico luogo ad essi deputato per tutta l'epoca moderna.

**Parole chiave**: fonti documentarie, follia, Ospedale di Cagliari, Storia, XIV-XIX secolo.

*«La stanza dei pazzi». Mentally ill people and reject in the hospital del gloriós Sant Antoni of Cagliari between Middle and Modern Age*

**Abstract**: The essay aims to contribute to Mediterranean hospital history by highlighting the sources about mentally ill people's reclusion in the ancient hospital in Cagliari, a place which has been used for about five hundred years and which has been the only caring facility in the city for a long time. Created in 1338 by appointment of Peter IV of Aragon, this hospital soon started receiving not only the poor and the foundlings, but also the mentally ill, and it was the only place dedicated to them for the whole modern era.

**Keywords**: Documentary sources, Madness, Hospital of Cagliari, History, 14th-19th centuries.

Comelles, Josep M.; Conejo, Antoni y Barceló-Prats, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 129–145. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

## *Premessa*[1]

Il presente lavoro è frutto di una ricerca in corso ormai da alcuni anni. La frammentarietà e, talvolta, l'inacessibilità delle fonti scritte relative all'antico ospedale S. Antonio di Cagliari, sito nel quartiere Lapola, oggi Marina, ne rallentano lo studio. Dobbiamo, infatti, fare i conti con diversi Istituti di conservazione, approfondire le informazioni raccolte utilizzando fonti indirette e secondarie, talvolta ritornare sui nostri passi alla luce di un nuovo dato che ci porta a reinterpretare documenti già noti. Ed è proprio l'integrazione con le altre fonti, soprattutto catalane —ma anche francesi e italiane— che consente di comprendere quella che doveva essere l'attività all'interno di questo ricovero. I documenti, come altrove, si fanno generosi solo nell'epoca moderna, anche se la dispersione su più Archivi, Fondi e Serie comporta un confronto continuo tra fonti tanto lontane fisicamente, quanto complementari storicamente.

L'aspetto che qui ci interessa maggiormente, ovvero quello dell'approccio alla follia, dell'accoglienza dei malati psichiatrici all'interno dell'antica struttura ospedaliera cagliaritana, è solo uno dei molteplici temi trattati in questo lungo lavoro di ricostruzione ed è, forse e purtroppo, il più complicato. La figura del folle, instabile per definizione, risente troppo spesso dello stigma nei suoi confronti. Personaggio minore, questi appare e scompare dalle fonti d'archivio in relazione alla considerazione che della follia si ha nelle diverse epoche.

1 Cecilia Tasca ha curato le sezioni *Le origini dell'ospedale* e *La prima età moderna*; Mariangela Rapetti ha curato la sezione *La segregazione*.

### *Le origini dell'ospedale*

La prima attestazione documentaria dell'antico ospedale cagliaritano risale al 1338, quando il sovrano Pietro IV d'Aragona concedeva a frate Nicola di Saluzzo, procuratore dell'ordine del beato Antonio di Lézat, di edificare «unam domum sive hospitalem sub invocationi Beati Anthoni» con l'ausilio delle offerte della popolazione.[2] Lo stesso giorno il sovrano ne dava comunicazione all'arcivescovo di Cagliari Gondisalvo Bonihominis e, poco tempo dopo, al governatore generale del Regno di Sardegna, Raimondo de Ripellis.[3] Le maggiori città della Corona d'Aragona avevano una forte tradizione ospedaliera, e il re doveva aver riconosciuto la necessità di un nuovo ospedale da destinarsi ai poveri e ai viaggiatori che si trovavano ai piedi del Castell de Caller, conquistato dai Catalano-aragonesi nel 1327 (Casula, 1990; Urban, 2000). Una struttura ospedaliera precedente, intitolata a S. Leonardo e detenuta dagli ospedalieri pisani di Stagno, poco distante dal luogo in cui fu edificato l'ospedale S. Antonio, era stata abbandonata, probabilmente, a seguito dell'assedio al Castello, cominciato nel 1323 (Schirru, 2003).

L'ospedale S. Antonio era destinato ad accogliere i «pobres desolats e dolents»[4], e alcuni elementi lasciano intendere che, già dal XIV secolo, la struttura fosse interessata, forse non in maniera continuativa, dalla presenza di *phisici* e *cirurgi*, ma non è dimostrabile l'obbligo del servizio gratuito di medici e chirurghi presso le strutture ospedaliere, come fu ad esempio a Barcellona, dal 1337, per volontà di Pietro IV (Conejo, 2002: 82).

Quando già si registravano il processo di istituzionalizzazione del sistema medico e la presenza di professionisti presso le strutture ospedaliere della Corona d'Aragona (Ferragud, 2005), a Cagliari risiedevano numerosi medici, in particolare i *phisici* ebrei che, giunti al seguito dell'armata dell'infante Alfonso con le proprie famiglie, fra il 1328 e il 1331 si erano trasferiti nel Castell de Caller lasciato libero dai pisani, e che presto furono raggiunti da altri colleghi (Tasca, 2012). Un ebreo siciliano, *magister* Juceff de Fadalen, verso la metà del secolo divenne il perito d'ufficio del

2 Barcelona, Archivo de la Corona de Aragón, *Registros de la Real Cancillería* (ACA, Canc.), reg. 1009, cc. 264v-265r.

3 ACA, Canc., reg. 1009, c. 266r.

4 ACA, Canc., reg. 1747, c. 40r-v.

Governatore e del Consiglio municipale di Cagliari, che pagava il suo onorario, e prestò la sua opera professionale a favore dei poveri e degli indigenti, non ché dei soldati regi feriti durante i conflitti che interessarono la città (Tasca, 2012).

Il primo professionista che, secondo le fonti esaminate, ebbe la responsabilità dell'ospedale cagliaritano, fu il barbiere catalano Pere Polit, amministratore della struttura nel 1382, quando l'infante Giovanni d'Aragona ordinava al vice governatore del Capo di Cagliari, Giovanni de Montbui, di concedergli una pensione pari al compenso di un cavallo armato, «en tal manera que los pobres desolats e dolents» ricoverati presso l'ospedale potessero «esser ben provehits».[5]

La materia sanitaria fu presto regolata dalle Ordinazioni dei Consiglieri della città, i quali si prodigavano anche per il mantenimento della struttura ospedaliera (Tasca, 2012). Nel 1432 i Consiglieri stipularono per conto della città un contratto con Giovanni de Vaccarijs, dottore «in artibus et medicina» di Messina, affinché prestasse la propria opera per tre anni sia nel Castell de Caller che nelle Appendici della città, compresi gli ospedali —S. Antonio, *extra muros*, e S. Lucia, *intra muros*— con l'annuo stipendio di 200 fiorini d'Aragona.[6] È del 1449 la notizia di un chirurgo catalano, Petrus de Vilaplana, che operava all'interno del S. Antonio, e riceveva 20 lire all'anno dai Consiglieri.[7] Dal 1462 è attestato a Cagliari Ausia Torrellas, figlio del medico e matematico valenzano Ferrer Torrellas, ebreo converso che aveva studiato a Montpellier e che, nel 1459, ricopriva l'incarico di esaminatore «de medicos y cirujanos» a Valenza. Simile destino ebbe Ausia, «magister in artibus et medicina», che fu incaricato di esaminare i suoi colleghi operanti a Castell de Caller e nelle Appendici (Oliva e Schena, 2004). I medici che, tra il xiv e il xv secolo, lavorarono a Cagliari, si erano formati fuori dall'isola, prevalentemente nelle aree della Corona d'Aragona. Si può ritenere che il loro approccio alla malattia seguisse i programmi scolastici del tempo, ma è lecito pensare che fosse influenzato dai contesti di origine e, soprattutto, dal bagaglio culturale tramandato grazie alle nuove traduzioni delle opere mediche, prima fra tutte

5 ACA, Canc., reg. 1747, c. 40r-v; cfr. Ferragud (2005: 483).

6 Cagliari, Archivio Storico Comunale (ACC), *Sezione Antica*, pergamene, n. 430; regesto in Olla Repetto (1989: 323).

7 Cagliari, Archivio di Stato (ASCa), *Ufficio della Insinuazione di Cagliari, atti notarili sciolti* (ANSC), notaio Stefano Daranda, n. 1, c. 28v; regesto in Olla Repetto (1989: 324).

il *Canone* di Avicenna, che già dal Duecento circolava sia in lingua latina che in lingua ebraica (Cardoner i Plana, 1973).

Per quanto riguarda, invece, la fisionomia dello spazio ospedaliero cagliaritano, per questo periodo le fonti sono assai scarne. Quello che sappiamo, è che la struttura del S. Antonio tutt'oggi presente è stata più volte rimaneggiata nel corso dei secoli. L'unica traccia medievale è costituita da una triplice serie di stemmi collocati su una parete esterna del S. Antonio. Giorgia Dello Iacono, nel suo lavoro di tesi di Laurea in archeologia medievale, conseguita presso l'Università di Cagliari, ha elaborato, sulla base delle planimetrie moderne e dei meglio documentati ospedali catalani medievali, quello che poteva essere l'impianto originale dell'ospedale. Secondo la Dello Iacono il S. Antonio era costituito da «un insieme di ambienti ordinati intorno ad un chiostro con arcate semicircolari, la cui funzionalità era legata al fatto che le arcate permettessero la circolazione dell'aria su entrambi i versanti dei vani costituenti la struttura» (Dello Iacono, 2015:96). In assenza di fonti che ci illustrino la disposizione degli ambienti, possiamo ipotizzare che fossero presenti almeno due cameroni volti a ospitare, separatamente, uomini e donne bisognosi, più altri locali di servizio.

Gli studi sugli ospedali della Corona d'Aragona, ai quali il S. Antonio era certamente ispirato, ci parlano, almeno dai primi anni del Quattrocento, di strutture destinate appositamente ai pazzi e agli altri emarginati —come paralitici e deformi— (López-Ibor, 2008; Tropé, 2011). Non può essere questo il caso dell'ospedale cagliaritano, destinato a tutti i malati poveri, ma tra gli emarginati ospitati nell'antica struttura dovevano esserci anche i folli, così come in altre strutture della Corona d'Argona e dell'Occidente latino: ad esempio, presso l'ospedale Santa Creu di Barcellona venivano accolti «hòmens i dones pobres, afollats, contrets, orats, nafrats e havents altres misères humanes, infant gitats e altres persones miserables de diverses nacions i condicions» (Arrizabalaga, 2014: 44).

Il folle era bisognoso d'aiuto, e se non poteva essere custodito dai famigliari, trovava spazio nelle strutture assistenziali. L'aiuto ricevuto consisteva in un semplice giaciglio che lo riparasse dai pericoli della vita per strada, e che al contempo tutelasse il resto della società da eventuali rischi. L'assenza di fonti, però, non ci consente di dire se i folli cagliaritani fossero allora alloggiati insieme agli altri ospiti o se fossero loro destinati dei locali appositi.

## *La prima Età moderna*

Il xvi secolo è stato, per il S. Antonio di Cagliari, un secolo turbolento. I documenti amministrativi e giudiziari, infatti, mostrano notevoli problemi gestionali, quali sporcizia e abbandono dei malati,[8] una perenne esigenza di denari,[9] e l'ingerenza dell'autorità arcivescovile su una struttura che era, usando un termine odierno, pubblica.[10] Tuttavia, l'amministrazione cittadina destinò nuovi fondi alla gestione dell'ospedale, ormai l'unico attivo a Cagliari (Tasca, 2014), e avviò alcuni lavori per il miglioramento dei servizi, come la costruzione, nel 1568, della stanza destinata alla cura dei malati di sifilide attraverso i suffumigi, detta «Stufa».[11]

Ai primi del xvi secolo era obbligatoria la presenza di un medico e un chirurgo,[12] e nel 1588 furono fissati gli stipendi del personale addetto alla cura di «malalts y ferits».[13] Tra essi, due medici: il «major», al quale spettava il servizio diurno ai poveri, ai feriti e a quanti avessero necessità di cure mediche; e l'«ajudant» incaricato della sorveglianza notturna. Entrambi dovevano giurare di svolgere bene e lealmente il proprio compito a favore dei malati e dello stesso ospedale. Tra i loro metodi di cura ricordiamo «emplastres, pegats, composicions cataplasmes o altres medicaments o medesines»,[14] mentre la prima notizia di una registrazione dei ricoverati risale al 1608.[15]

Nel 1636, pur riservandosi la proprietà dello stabile, i consiglieri della Città affidarono l'amministrazione dell'ospedale agli ospedalieri di S. Giovanni di Dio.[16] Questi si impegnarono ad offrire l'assistenza medica gratuita ai poveri, agli esposti, ai militari e ai marinai di passaggio (Tasca, 2014). Anche a Cagliari, come in altre strutture loro affidate nel Regno di

8 ASCa, *Antico Archivio Regio*, AH 1, cc. 81r-83v.

9 ACC, *Sezione Antica*, vol. 17, cc. 251r-253v; edito in Manconi (2005: 328-331).

10 ASCa, *Antico Archivio Regio*, AH 1; cfr. Loi – Virdis (2013: 98-99).

11 ACC, *Sezione Antica*, vol. 347, II, c. 7v.

12 ACC, *Sezione Antica*, vol. 346, I.

13 ACC, *Sezione Antica*, vol. 17, cc. 299-301, edito in Manconi (2005: 380-381).

14 Ibid.

15 Cagliari, Archivio Storico Diocesano (ASDCa), *Archivio Capitolare*, vol. 218, c. 166r-v.

16 Torino, Archivio di Stato (ASTo), Sez. Corte, *Sardegna Ecclesiastico*, categoria 13, mazzo 1, fascicolo 3/1.

Spagna, gli ospedalieri furono coadiuvati da tre medici, due chirurghi e un assistente chirurgo, tutti regolarmente retribuiti (Tasca, 2014).

Fino a quel momento, i medici sardi avevano continuato a formarsi fuori dall'isola. Alcuni di essi furono rinomati in tutto il Regno, come il medico galenista Gavino Farina, originario del nord Sardegna, al servizio di re Carlos II «el Hechizado» (Pilo, 2009). Le Università sarde iniziarono la loro attività solo tra il 1617 (Sassari) e il 1626 (Cagliari). Per quanto riguarda Cagliari, il decollo dell'insegnamento della Medicina fu davvero lento, e le fonti mostrano il malcontento degli studenti che, snobbati dai docenti che preferivano esercitare la professione presso l'ospedale S. Antonio piuttosto che tenere le lezioni accademiche, protestarono presso i Consiglieri della Città.[17]

Per quanto concerne l'aspetto che più ci interessa, ovvero quello della stanza dei pazzi, le fonti dell'epoca non parlano ancora di un locale apposito, e anche le registrazioni dei ricoverati, così come le voci di spesa della struttura, parlano solo di uomini, donne e bambini esposti, senza un riferimento preciso ai malati mentali come categoria a sé stante.[18] Sappiamo, però, che sotto la gestione degli ospedalieri la struttura fu ristrutturata e ampliata, e che aumentarono sia i posti letto disponibili che la percentuale di ricoveri annui (Tasca, 2014). Dobbiamo presumere che l'operato degli ospedalieri di S. Giovanni di Dio mantenesse anche a Cagliari le caratteristiche che lo contraddistinsero sin dalle sue origini: come è noto, Giovanni di Dio, al secolo João Cidade (1495-1550), fintosi pazzo, fu rinchiuso in una stanza isolata dell'ospedale di Granada. Avendo vissuto in prima persona un trattamento inumano, egli volle impegnarsi per offrire una vita più dignitosa ai folli, e fondò nel 1547 un ospedale destinato ad accoglierli (Roscioni, 2003). Il suo modello assistenziale, di stampo umanistico, si diffuse rapidamente (Fernandes de Freitas e Siles González, 2008).

In assenza di maggiori informazioni dirette, sono state analizzate altre fonti coeve dalle quali emerge che, nel Cinque-Seicento, anche in Sardegna la malattia mentale era riconosciuta come tale, al di là delle superstizioni demonologiche, e che l'approccio ad essa variava a seconda del soggetto che la descriveva. Medici e Tribunali invocavano le cure in famiglia e le terapie, mentre la saggezza popolare ricorreva alla volta a rituali, a

17 ACC, *Sezione Antica*, vol. 407; cfr. Sorgia (1986: 21).

18 ASDCa, *Archivio Capitolare*, vol. 218.

medicamenti a base di erbe o, in caso di furore, alla brutalità delle catene (Rapetti, 2014). La medicina popolare, «sardesca», che si contrapponeva a quella «de medicos», godeva di una considerazione tale che le autorità, in occasione della peste che colpì l'isola nel 1652-1657, auspicarono che la saggezza locale potesse fermare l'epidemia (Manconi, 1994: 97-109). Tuttavia, soprattutto tra i meno istruiti, la superstizione deviava l'interpretazione dei sintomi della malattia mentale (Rapetti, 2014).

## *La segregazione*

In età moderna, è noto, gli internamenti erano decisi per vie mediche —come a Valencia e presso l'ospedale degli Incurabili di Napoli— o amministrative —come il caso della Pia Casa di S. Dorotea di Firenze o del S. Maria della Pietà di Roma—; in molte strutture, inoltre, era previsto il ricovero di pazzi provenienti da famiglie abbienti le quali, non potendoli accudire in casa, pagavano la pensione presso un ospedale, come avveniva a Siviglia e Bologna (Roscioni, 2003).

Ipotizzando l'inizio del ricovero dei folli presso il S. Antonio di Cagliari in ragione del legame con la Corona d'Aragona, la continuità di questa pratica troverebbe conferma nei rapporti con il Regno di Spagna proseguiti fino alla fine del Seicento. La Guerra di successione spagnola (1701-1714) segnò la fine del dominio iberico sul Regno di Sardegna che passò, dopo alcune vicissitudini, nelle mani di Vittorio Amedeo II di Savoia, re di Sardegna dal 1720 (Anatra, 1987; Sole, 1984).

Il riflesso di questi cambiamenti politici è tangibile nelle fonti dell'amministrazione ospedaliera. I documenti d'archivio ci rendono finalmente nella condizione di capire come doveva essere lo spazio destinato ai folli presso il ricovero cagliaritano: nelle fonti dell'epoca sabauda i pazzi si fanno protagonisti, in misura sempre maggiore, della documentazione relativa all'ospedale.

La prima metà del Settecento fu caratterizzata da delitti, furti, indagini e processi che riguardarono gli ospedalieri di S. Giovanni di Dio impiegati presso la struttura cagliaritana.[19] I Consiglieri della città denunciarono che «los enfermos han sido siempre muy mal attendidos», e che

19 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie I, vol. 281, c. 302r; vol. 284, c. 24v; vol. 286, c. 199r; vol. 291, c. 225r. ASTo, Sez. Corte, *Sardegna Ecclesiastico*, categoria 13, mazzo 1, fasc. 6.

«dichos frayles sin caridad catholica han llegado á praticar la barbaridad de valerse de los enfermos locos para los servicios bestiales […] maltratandolos […]», impiegandoli alla stregua di giumente per trainare pesi e azionare mulini.[20]

Un inventario compilato dal priore degli ospedalieri nel 1752 ci informa che la stanza detta «Stufa», costruita nel 1568 per curare i malati di sifilide attraverso le fumigazioni, doveva essere diventata, col passare del tempo, la sala riservata alla segregazione dei folli. Nell'inventario si legge che nella «Stanza della Stuffa delli Pazzi» vi erano «quattro casse di tavole fatte per metter li pazzi ciascheduna colla sua catena attaccata al muro».[21] Le donne pazze erano alloggiate in un'altra stanza, alla quale si accedeva passando per l'infermeria delle donne e un successivo disimpegno, e nella quale erano «due casse per letti alle pazze colle sue catene».[22] Gli individui accolti in queste stanze dovevano essere indigenti, forse abbandonati dalle proprie famiglie, ma sappiamo che il S. Antonio accoglieva anche pazzi più o meno facoltosi, le cui famiglie potevano permettersi il pagamento della pensione, e ai quali erano destinate delle piccole stanze private.[23] I folli erano certo una minima parte dei ricoverati i quali, stando ai libri di ingresso, dovevano essere in media 300 all'anno.[24]

I Consiglieri della città scrissero al sovrano chiedendo la ristrutturazione dell'ospedale e l'ampliamento degli spazi «para formarse las pieças en él necessarias […] para los locos, otra para las locas, y algunos quartos para enfermos de distinción, que la decentia de su estado pida estar separados de los demás […]».[25] Inoltre, fu chiesto di poter avere di nuovo la gestione diretta dell'ospedale, com'era stato fino al 1636, per porre fine alla cattiva amministrazione degli ospedalieri, che avevano compromesso tanto il buon nome quanto le finalità della struttura.[26]

20 ASTo, Sez. Corte, *Sardegna Ecclesiastico*, categoria 13, mazzo 1, fasc. 6/A, c. 1v.

21 ASTo, Sez. Corte, *Sardegna Ecclesiastico*, categoria 13, mazzo 1, fasc. 6/E, c. 4v.

22 Ibid.

23 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 82, c. 17r.

24 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 82, c. 80r.

25 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 82, c. 99r.

26 ASTo, Sez. Corte, *Sardegna Ecclesiastico*, categoria 13, mazzo 1, fasc. 6.

A seguito delle denunce, fu avviata un'indagine sullo stato della struttura.[27] Da questo incartamento emerge che il locale «destinato ai pazzi [pareva] fatto piuttosto per fare impazzire i sani, che per risanare i pazzi».[28] A conclusione dell'inchiesta, nel 1765, gli ospedalieri di S. Giovanni di Dio furono estromessi dalla gestione diretta della struttura, che fu affidata alla costituenda Congregazione di Carità,[29] e vi rimasero esclusivamente come addetti all'assistenza dei malati e agli uffici spirituali.[30]

Il nuovo regolamento del S. Antonio, promulgato nel 1776, fissava le modalità di accettazione e di custodia degli infermi, delle visite mediche e della somministrazione del cibo e dei medicinali.[31] In quel momento in «città non v'[era] altro rifugio in sollievo de' poveri che il solo ospedale in questione».[32] Tutti i poveri vi potevano essere ricoverati, ad eccezione «dei portatori di malattie contagiose e gli incurabili», e degli infermi «con mali interiori di poca conseguenza».[33] I sifilitici dovevano «essere ricevuti nei tempi adulti per le cure, con un massimo di quattro per gli uomini e di due per le donne».[34] I pazzi incurabili o curabili, invece, dovevano essere tutti soccorsi: «i primi per toglierli dall'occasione di nuocere ad altri o a sé stessi; li secondi per lo stesso motivo e per guarirgli ancora».[35] Tuttavia, la Congregazione osservò presto che «le due stanze per i matti [erano] così ristrette, e malsane per prive d'aria libera, e talmente umide, che si [era] osservato di morire»,[36] e avviò un progetto per il nuovo locale destinato ai malati di mente, da pagarsi con il «fondo delle limosine raccolte»[37] che, però, si rivelarono insufficienti.[38]

27 ASTo, Sez. Corte, *Sardegna Ecclesiastico*, categoria 13, mazzo 1, fasc. 8.

28 ASTo, Sez. Corte, *Sardegna Ecclesiastico*, categoria 13, mazzo 1, fasc. 11, c. 6r.

29 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 82, cc. 128r-131r.

30 ASTo, Sez. Corte, *Sardegna Ecclesiastico*, categoria 13, mazzo 1, fasc. 19; ACC, Sezione Antica, vol. 351/6.

31 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 82, cc. 1r-4v.

32 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 82, c. 2r.

33 Ibid.

34 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 82, c. 2v.

35 Ibid.

36 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 82, c. 201r.

37 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 82, c. 218r.

38 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 82, c. 229r.

Secondo il regolamento del 1776, era competenza specifica dell'infermiere conservare e custodire «tutti li permessi che si [spedivano] per l'accettazione degli infermi, affinché in ogni tempo si [potessero] questi confrontare col libro ove [erano] registrati gl'infermi entrati nell'ospedale, risanati e morti, per verificare se questo [fosse] tenuto nella maniera che si [doveva] e se [fosse] veridico» (Tasca, 2014).

Nel 1803, sul retro del registro dei ricoveri delle donne, si iniziava la compilazione del registro delle donne ricoverate «con pazzia». All'interno dello stesso registro venivano annotate anche le quattro donne pazze presenti presso la struttura dal 1799, con la nota «il mese non si sa».[39] Questa fonte è preziosissima perché, al momento, è la prima che fornisce dati continuativi sui ricoveri delle donne affette da disturbi mentali (o presunti tali) presso il S. Antonio. Grazie a questo registro, sappiamo che le donne ricoverate presso la «Stufa» tra il 1799 e il 1815 furono almeno 241, e provenivano da tutta l'isola. L'addetto alla compilazione del registro riportava le generalità, l'età, la condizione sociale della ricoverata e una diagnosi stringata, nonché la data di ingresso e la data di dimissioni o decesso, manessun riferimento a un'eventuale terapia.

In realtà, queste ricoverate non erano tutte pazze, perché furono sistemate nella «Stufa» anche giovani serve incinte e donne affette da sifilide o altre malattie, probabilmente in occasione di particolari periodi di sovraffollamento. Le diagnosi di malattia mentale indicate variavano da mentecattaggine, a frenesia, pazzia e pazzia furiosa. Alcune donne morivano in ospedale, altre vi rimanevano per anni o ancora entravano ed uscivano di continuo (Tasca e Rapetti, 2014).

Periodicamente, in occasione delle visite generali, il segretario compilava il «ristretto», ovvero un riepilogo dei ricoveri. Pur non potendo esaminare, al momento, il registro dei ricoveri maschili per quegli anni, apprendiamo dalle note del segretario che gli uomini pazzi ricoverati a Cagliari tra il 1804 e il 1807 sono stati 48, e 26 tra il 1810 e il 1817 (Russotto, 1956). In periodi di sovraffollamento —i degenti in sovrannumero venivano sistemati a terra, ma spesso si creavano degli assembramenti di malati che giacevano per strada e sotto il portico dell'ospedale—[40] i pazzi venivano ricoverati anche nelle regie carceri di S. Pancrazio, luogo preferi-

39 ASCa, *Ospedale S. Antonio abate*, n. 16. Cfr. Tasca e Rapetti (2014).

40 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 83, cc. 32v; 40r.

to soprattutto per i furiosi, alloggiati talvolta presso «la stanza del tormento».[41] La notizia è riportata anche da alcune fonti letterarie, come quella di Francesco d'Austria-Este, che visitò la Sardegna nel 1812, e che scrisse nel suo diario che nell'isola i pazzi furiosi venivano rinchiusi nella torre delle prigioni, mentre quelli docili restavano in famiglia (Austria-Este, 1934).

Quando possibile, l'ospedale continuava ad ospitare folli previo pagamento della pensione da parte dei famigliari. Le piccole stanze loro destinate erano anguste e malsane[42], mentre le stanze dei pazzi e delle pazze poveri, benché rinnovate, continuavano a rappresentare la vergogna della struttura. Antoine Claude Pasquin, alias Valéry, in occasione del suo viaggio in Sardegna visitò l'ospedale, e scrisse che «il ricovero degli alienati, chiamato Manicomio, tanto arretrato, [non faceva] onore all'amministrazione sarda [...]. L'isolamento, le catene, le percosse, tutto quel barbaro vecchio regime dei manicomi, vi si [praticava] ancora», nonostante il numero degli alienati in Sardegna fosse allora, secondo le statistiche, di uno ogni 6.000 abitanti, essendo ancora poco frequenti «il progresso intellettuale, il bisogno dei piaceri e il grande agitarsi della civiltà», ovvero quelle che lui individuava come le cause dell'alienazione mentale (Valéry, 1838: 200-201).

Un'alternativa al ricovero presso il S. Antonio era l'Ospedale degli Incurabili di Genova.[43] Fu il caso questo della piccola Giovanna, che vi fu ricoverata a soli 10 anni, nel 1833, per «demenza consecutiva». Tre anni dopo fu trasferita nella «Stufa» del S. Antonio di Cagliari, dove rimase fino alla chiusura della struttura, nel 1858. Giovanna, che diceva di avere «il nervoso in testa» (Castellino e Loi, 2007: 132), passò il resto della sua vita in ospedale. Chiuso il S. Antonio, fu trasportata nel braccio manicomiale del nuovo ospedale S. Giovanni di Dio e, a 76 anni, entrò nel manicomio provinciale di Villa Clara, inaugurato a Cagliari nel 1899 (Castellino e Loi, 2007). In quell'occasione, raccontò al medico gli anni vissuti al S. Antonio, «l'unico posto in tutta l'isola dove si rinchiudevano i mentecatti, o alienati, o maniaci, o pazzerelli, come ci chiamavano. Eravamo in 50, incatenati nel tanfo dei nostri escrementi, con i topi che rodevano le piaghe dei nostri corpi» (Castellino e Loi, 2007: 131).

41 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 82, cc. 563r-567r; vol. 83, cc. 44r-45v; c. 800r.

42 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 83, cc. 44r-45r; c. 78r.

43 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 83, c. 232r.

Altre fonti confermano quanto dichiarato dalla sfortunata Giovanna.[44] Lo stato raccapricciante degli spazi destinati ai folli continuò a essere volta per volta denunciato. Una nuova riforma ospedaliera, voluta nel 1847 dal re Carlo Alberto di Savoia, coinvolse le amministrazioni e sviluppò un piano di ammodernamento delle strutture che si dimostrò presto insufficiente.[45]

Il *Codice civile* e il *Codice Penale* per gli stati del Regno di Sardegna prevedevano speciali disposizioni per la tutela dei malati definiti mentecatti e maniaci, stabilendo l'interdizione per imbecillità, demenza e furore, e l'imputazione per chi avesse lasciato vagare per strada i pazzi a lui affidati (Tasca e Rapetti, 2016). I ricoverati indigenti continuavano a essere mantenuti presso il S. Antonio dal Comune di Cagliari, mentre il Consiglio Divisionale non contribuiva alle spese, auspicando il trasferimento dei pazzi sardi nelle più moderne strutture di Torino e Genova, inaugurate rispettivamente nel 1834 e 1841 (Tasca e Rapetti, 2016). L'ospedale cagliaritano era inadeguato, e «il metodo di trattamento che si [consumava], se non [aveva] del barbaro, [era] però totalmente contrario al fine cui [doveva] essere diretto, che i pazzi meglio che rinsavire vieppiù [immattivano]» (Castellino e Loi, 2007: 26). Ciò nonostante, la fabbrica del nuovo ospedale civile cagliaritano, progettato dall'architetto Gaetano Cima nel 1842 e principiato nel 1844, non prevedeva la creazione di un servizio destinato alle persone affette da patologie mentali (Tasca e Rapetti, 2016).

Nel 1853 il ministro degli Interni, da Torino, avviò un'indagine sulle strutture dell'isola di Sardegna destinate ai malati mentali. Tra i vari quesiti, il ministro domandava agli Intendenti quanti fossero i maniaci ricoverati, con quali costi e a quali condizioni.[46] Il presidente del Consiglio di Carità dell'ospedale rispose che i maniaci, provenienti dalla città e dalla provincia di Cagliari, erano ricoverati a spese dello stesso ospedale S. Antonio, nel numero di 2 uomini e di 2 donne, soprattutto in termini di custodia, perché l'ospedale non era in grado di prestare una vera e propria cura. I vecchi locali erano infelici e rischiavano più di aumentare il danno

44 ASCa, *Segreteria di Stato*, Serie II, vol. 83, c. 130r.

45 ASTo, Sez. corte, *Opere Pie in genere*. Sardegna, mazzo 21, fasc. 5; Opere Pie. Comuni e borgate, mazzo 36, fasc. 6.

46 ASCa, *Ospedale San Giovanni di Dio*, serie VIII, b. 545, fasc. 3, 3 giugno 1853.

che di portare sollievo, ma erano stati recentemente riadattati due cameroni, dotati ciascuno di un cortiletto, per il ricovero di 3 uomini e 3 donne.[47]

Gli angusti e fatiscenti locali del S. Antonio, migliorati fin quanto possibile, continuarono ad ospitare alcuni folli, e il Consiglio di Carità proseguì la sua attività «lottando col sempre crescente caro dei viveri e colla povertà dell'opera pia senza intaccare i capitali», e valutando «col consiglio dei medici i migliori o più umani modi di custodia» per i pazzi, ispirandosi al manicomio di Genova.[48]

La vera frattura dello statu quo si verificò a seguito della fuga di un maniaco, trovato a vagare per le strade del quartiere Marina con ancora le catene ai polsi. Questo fatto catalizzò l'attenzione della stampa, dell'opposizione politica e dell'opinione pubblica sulla drammatica realtà del S. Antonio (Tasca e Rapetti, 2016). L'inchiesta che ne seguì comportò importanti modifiche al progetto del nuovo ospedale civile, intitolato a S. Giovanni di Dio, nel quale fu finalmente realizzato un più dignitoso, ma certo altrettanto discutibile, reparto manicomiale.

47 ASCa, *Ospedale San Giovanni di Dio*, serie VIII, b. 545, fasc. 3, 24 giugno 1853.

48 ASCa, *Ospedale San Giovanni di Dio*, serie VIII, b. 545, fasc. 3, 20 giugno 1854.

## *Bibliografia*


Anatra, Bruno (1987) *La Sardegna dall'unificazione aragonese ai Savoia*. Torino: UTET

Arrizabalaga, Jon (2014) «Asistencia, caridad y nueva ética de la responsabilidad colectiva ante la salud y la pobreza en el espacio urbano occidental del Antiguo Régimen». En Huguet-Termes, Teresa; Verdés-Pijuan, Pere; Arrizabalaga, Jon y Sánchez-Martínez, Manuel (Eds.) (2014) *Ciudad y hospital en el Occidente europeo*. Lleida: Editorial Milenio

Austria-Este, Francesco de (1934) *Descrizione della Sardegna (1812)*. Roma: Società Nazionale per la storia del Risorgimento italiano.

Cardoner i Plana, Antoni (1973) *História de la medicina a la corona d'Aragó: 1162-1479*. Barcelona: Editorial Scientia.

Castellino, Anna y Loi, Anna Paola (2007) *Oltre il cancello. Storia dei manicomi di Cagliari dal Sant'Antonio Abate al Villa Clara attraverso le carte d'archivio*. Cagliari: AM&D.

Casula, Francesco Cesare (1990) *La Corona d'Aragona*. Sassari: Chiarella.

Conejo, Antoni (2006) *Assistència i hospitalitat a l'edat mitjana. L'arquitectura dels hospitals catalans: del gòtic al primer renaixement* (Tesi doctoral). Recuperado en 28 de octubre de 2016 de <http://hdl.handle.net/10803/2006>.

Dello Iacono, Giorgia (2015) *Oltre le mura moderne: lo Spedale di Sant'Antonio di Cagliari in epoca catalano-aragonese. Ipotesi ricostruttiva dell'architettura ospedaliera e della ruota degli esposti* (Tesi di Laurea). Cagliari: Università degli Studi di Cagliari Facoltà di Studi Umanistici.

Ferragud, Carmel (2005) *Medicina i promoció social a la baixa edat mitjana: Corona d'Aragó, 1350-1410*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Fernandes de Freitas, Genival e Siles González, José (2008) «Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios». *Index de Enfermería*, 17 (2): 144-148. Recuperado en 28 de octubre de 2016, de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008002200115&lng=es&tlng=es>.

López-Ibor, Juan José (2008) «La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo». *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(1):1-9.

Manconi, Francesco (1994) *Castigo de Dios. La grande peste barocca nella Sardegna di filippo IV*. Roma: Donzelli.

— (2005) *Libro delle ordinanze dei Consellers della città di Cagliari (1346-1603)*. Sassari: Fondazione Banco di Sardegna.

Oliva, Anna Maria e Schena, Olivetta (2004) «I Torrella, una famiglia di medici tra Valenza, Sardegna e Roma». En Chiabò, Maria; Oliva, Anna Maria y Schena, Olivetta (eds.) (2004) *Alessandro VI: dal Mediterraneo all'Atlantico: atti del Convegno, Cagliari, 17-19 maggio 2001*. Roma: Ministero per i Beni e le Attività Culturali – Direzione Generale per gli Archivi.

Pilo, Rafaella (2009) «El médico sardo Gavino Farina: un científico galénico en la corte del Rey de España». En Bravo Caro, Juan Jesus y Villas Tinoco, Siro (eds.) (2009) A*ctas de la IX Reunión Científica de la Fundación Española de Historia Moderna (2-4 de junio de 2006), Tradición versus innovación en la España moderna*. Malaga: Universidad de Málaga.

Rapetti, Mariangela (2014) «Gli inquisitori di fronte alla follia: nuove testimonianze documentarie (xvi-xvii secolo)». *Theologica & Historica. Annali della Pontificia Facoltà Teologica della Sardegna*, XXIII: 269-294.

Roscioni, Lisa (2003) *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*. Milano: Mondadori.

Russotto, Gabriele (1956) *I Fatebenefratelli in Sardegna*. Roma: Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio.

Schirru, Valeria (2003) «Le pergamene relative alla Sardegna nel Diplomatico San Lorenzo alla Rivolta dell'Archivio di Stato di Pisa». *Archivio Storico Sardo*, XLIII: 61-339.

Sole, Carlino (1984) *La Sardegna sabauda nel Settecento*. Sassari: Chiarella.

Tasca, Cecilia (2012) «Medici nel Castello di Cagliari in epoca catalano-aragonese». En *Storia della Medicina. Atti del 5° Congresso in Sardegna*. Cagliari: Aipsa Edizioni.

Tasca, Cecilia y Rapetti, Mariangela (2014) «Libro dove si notano le donne che vengono con pazzia. Anno 1799… in questo nostro convento e ospedale di Sant'Antonio Abate di Cagliari». En Fanni, Enrico (2014) *Atti del VI Congresso in Sardegna di Storia della Medicina*. Cagliari: Cuec.

Tasca, Cecilia e Rapetti, Mariangela (2016) «Archives judiciaires et archives de la folie. Ou comment un repris de justice, en s'enfuyant de l'asile où il était enfermé, remit en question tout un système (Cagliari-Italie, 1854).» *Criminocorpus, Dossier Folie et justice de l'Antiquité à l'époque contemporaine*, mis en ligne le 27 avril 2016, DOI: 10.4000/criminocorpus.3243. URL: <http://criminocorpus.revues.org/3243>.

Tropé, Hélène (2011) «Los tratamientos de la locura en la España de los siglos xv al xvii. El caso de Valencia». *Frenia*, XI: 27-46.

Urban, Maria Bonaria (2000) *Cagliari fra Tre e Quattrocento*. Cagliari: Istituto sui rapporti italo-iberici.

Valéry (1838), *Voyages en Corse, à l'ile d'Elbe, et en Sardaigne*. Paris: Bourgeois-Maze.

# LAS FRONTERAS DEL PAISAJE DE LA LOCURA. FUNDAMENTOS MÉDICO-ARQUITECTÓNICOS DEL MANICOMIO DE LA SANTA CREU DE BARCELONA

Iván Sánchez-Moreno
Alicia Fernández
Christina Schubert
Alba Vilardell
*Grup d'Història de Nou Barris*

**Resumen**: El presente trabajo quiere poner de manifiesto la intrínseca relación entre los fundamentos arquitectónicos y funcionales y los métodos terapéuticos que se pretenden implementar en una institución manicomial. Para tal fin, nos hemos centrado en el caso del manicomio de la Santa Creu de Barcelona, proyectado por el médico alienista Emili Pi y Molist a mediados del siglo xix. Nos centraremos en los condicionantes socio-históricos que motivaron su creación y en diversas modalidades terapéuticas basadas en el tratamiento moral.

**Palabras clave**: institución manicomial, tratamiento moral, laborterapia, higienismo, Historia de la psicología, análisis genealógico.

*The Borders Landscape of Madness. Medical-architectural elements of Mental Institute of Hospital de la Santa Creu de Barcelona*

**Abstract**: This paper aims to show the relationship between architectural and functional elements and therapeutic methods that are to be implemented in a mental asylum. We have focused on the case of the Mental Hospital of Santa Creu of Barcelona, designed by the alienist Emili Pi y Molist in the mid-nineteenth century. We will analyze socio-historical conditions that led to its creation and various therapeutic modalities inspired by the Moral Treatment.

**Keywords**: Mental Asylum, Moral Treatment, Occupational Therapy, Hygienism, History of Psychology, Genealogical Analysis.

Comelles, Josep M.; Conejo, Antoni y Barceló-Prats, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 147–171. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

## *Introducción y objetivos*

«No es palacio, aunque lo parece: es el Manicomio de la Santa Cruz». Tales fueron las palabras que pronunció el doctor Emili Pi y Molist (1824-1892) en el acto público de colocación de la primera piedra del que sería su principal proyecto en vida (Comelles, 2006: 93). En la actualidad, del mayestático conjunto arquitectónico que componía el edificio —doce pabellones unidos por dos crujías transversales repartidos entre 545 metros de longitud y 240 de ancho—, tan sólo restan en pie dos de los tres pabellones centrales, además de una capilla en ruinas que hace décadas que dejó de estar anexada al antiguo manicomio.

Poco pudo imaginar su fundador, el citado Pi y Molist (1889: 21), que «el sueño de su vida», como así lo definió, acabaría por convertirse en una pesadilla. Varios son los episodios que desde el inicio declinaron un progresivo giro hacia la desgracia de su proyecto. El primero y más significativo fue la falta de medios con la que tuvo que lidiar Pi y Molist desde que presentó su *Proyecto Médico-Razonado* (1860), donde asienta las bases del que iba a ser considerado un manicomio modélico en toda Europa. No sería hasta 25 años más tarde que se pudo comenzar las obras, teniendo lista la mitad del edificio destinada a los pabellones para mujeres. A ello se añadiría el deceso de Josep Oriol y Bernadet (1811-1860), encargado del diseño arquitectónico del manicomio auspiciado bajo las órdenes del doctor Pi y Molist. Muy posteriormente sería aquél sustituido por Elies Rogent y Amat (1821-1897), cuya intervención provocó no pocos cambios en la idea original de Pi y Oriol. Por último, la muerte tanto de Pi y Molist como la de Elies Rogent truncó la posibilidad de que ambos vieran acabado el proyecto manicomial, el cual no se inauguró al completo hasta 1915. Sin embargo, el resultado final difería considerablemente de las intenciones planteadas por el alienista catalán, como trataremos de exponer aquí.

Para ello, trazaremos una reflexión de base histórico-epistemológica sin desatender cuestiones de enjundia antropológica en relación con las técnicas médicas y arquitectónicas que Emili Pi y Molist orquestó para su proyecto manicomial. Con este trabajo queremos exponer la estrecha relación que se establece entre el diseño estructural y arquitectónico de una institución psiquiátrica y la función terapéutica para la cual ésta va a ser utilizada. Vinculados a esta principal cuestión, nos planteamos una serie de objetivos específicos que irán marcando el desarrollo de nuestra investigación.

Un primer punto de interés será justificar y enmarcar los antecedentes socio-históricos del proyecto manicomial de Pi y Molist, destacando la influencia del «higienismo social» en la constitución de los nuevos modelos manicomiales originados en el siglo XIX. Al respecto, los intensos cambios urbanísticos que asumió la ciudad de Barcelona condicionaron la aparición de un manicomio como el que ocupa nuestra investigación. Otro foco de atención lo dirigiremos sobre las particularidades del diseño arquitectónico del citado manicomio, tanto en contraste con otros modelos de su época como en función al tipo de técnicas y materiales que se emplearon para su construcción. Finalmente, abordaremos un breve análisis de la perspectiva psicológica de Pi y Molist en el seno de la medicina y las corrientes alienistas que se difundieron entre mediados y finales del siglo XIX. A tenor de ello, nos cuestionamos si la singular contribución de Pi y Molist a un modelo ideal de tratamiento de las enfermedades mentales rompía (o no) con la tradición de la cual era heredero directo.

### *Estructura y metodología*

Nuestro trabajo se compone de cuatro partes. En una primera introduciremos los antecedentes socio-históricos que originaron el proyecto de Emili Pi y Molist, así como los fundamentos teórico-clínicos que le sirvieron de base. Para esta parte nos apoyaremos tanto en fuentes primarias del propio Pi y Molist (1857, 1860, 1885, 1889) como recurriremos también a referencias secundarias especializadas en los orígenes históricos del manicomio de la Santa Creu (Comelles, 1997, 2006; Grup d'Història de Nou Barris, 2015; Bodego *et alii*, 2010; Fargués y Tey, 2007) y en sus características arquitectónicas (Rubio, 2012; Bellot y García, 2004).

Para la segunda parte nos guiaremos por los apuntes que hizo el doctor Pi y Molist para adoptar las ideas que sistematizaron su personal proyecto manicomial. Por ende, será conveniente revisar algunos modelos que visitó en varios viajes prospectivos por Europa a mediados del siglo XIX, dedicando un mayor espacio a sus impresiones en la Colonia Gheel (Pi y Molist, 1856) y su declarado rechazo de la planta panóptica surgida del ámbito penitenciario, según las premisas de Jeremy Bentham (2011). El ejemplo de Gheel servirá al alienista catalán para probar el sistema de autogestión que propició la implantación de técnicas como la ergoterapia en labores domésticas, artesanales o agrarias. Además de la terapia ocu-

pacional inspirada por el tratamiento moral de Pinel, el doctor Pi y Molist quiso aplicar otros métodos como la hidroterapia, muy acorde con los ideales del cuidado y la salud que promovía el higienismo (Álvarez *et alii*, 1993). Cerraremos el trabajo con una reflexión sobre las diferencias que planteó el proyecto de Pi y Molist respecto a otras formas de tratamiento de la enfermedad mental.

Con el desarrollo total de las cuatro partes reivindicamos la importancia que tiene para la antropología y la historia de la psicología el análisis de un modelo institucional en relación con el tipo de terapias que se pretende poner en práctica en su interior y el diseño arquitectónico que configura el espacio manicomial.

En el caso de este tipo de institución, el despliegue analítico de su historia no sólo puede concentrar su mirada en los condicionantes sociales que la propiciaron o en las cualidades estéticas que dan relieve a su arquitectura. Al respecto, nuestro objeto de estudio va a ser el Manicomio de la Santa Creu de Barcelona, construido a partir de los fundamentos teóricos del doctor Pi y Molist. Nuestro trabajo no pretende sólo exponer la estrecha relación entre el diseño estructural y arquitectónico de una institución psiquiátrica y la función terapéutica para la que va a ser utilizada, sino demostrar que su proyección se asienta en ciertos precedentes epistemológicos, así como también una serie de factores sociopolíticos, biográficos, económicos, culturales, etc., que pueden rastrearse en los fundamentos ideológicos de dicho proyecto. De hecho, al referirnos a los fundamentos constituyentes de una institución psiquiátrica entran en juego otras categorías de especial importancia como «enfermedad mental», «tratamiento clínico», «régimen de internamiento» o «psicoterapia», las cuales van a desempeñar un papel esencial en la proyección y definición de un modelo institucional particular.

De ahí la importancia de un análisis socio-institucional y sus bases tanto médicas como arquitectónicas para entender la organización fundacional del manicomio que nos ocupa. La lógica de un discurso científico comporta también el estudio de las condiciones y los requerimientos del entorno en el que éste se gestiona y desarrolla, sea de forma explícita o implícita. Dado que la lógica que fundamenta la constitución de un modelo institucional desborda los propios límites diacrónicos y sincrónicos, dicho objeto no puede ser estudiado históricamente de manera cronológica. Una historia de las instituciones no es el resultado único de una serie de hitos ordenados secuencialmente en el tiempo y en un lugar concreto, sino

la combinación de diversos planos genealógicos y discursos justificativos que convergen en un momento determinado.

Para la metodología recurriremos al análisis histórico-genealógico que platean Rosa *et alii* (1996) como alternativa a los modelos tradicionales y que sirvió en buena medida para enmarcar nuestra tesis (Sánchez-Moreno, 2013). Para ello, abordaremos el estudio de caso desde varios niveles de análisis: desde una dimensión filogenética, indagando en los antecedentes que condicionaron la construcción de un nuevo manicomio a mediados del siglo xix en Barcelona; desde un nivel ontogenético, comprendiendo las razones médicas esgrimidas por su fundador, el doctor Pi y Molist; desde un acercamiento contextual, destacando los referentes socio-culturales que lo motivaron, para lo que será necesario trascender las fronteras geográficas; asimismo, se observarán las variables técnicas que explican las particularidades estético-arquitectónicas del edificio en relación con la función para la que éste fue concebido. La combinación de estos cuatro niveles de análisis permite entretejer una visión muy amplia y completa sobre los criterios que sustentaron el proyecto primigenio del citado manicomio.

### *Fundamentos socio-históricos del Manicomio de la Santa Creu: el contexto*

Hacia la mitad del siglo xix Barcelona era una ciudad con un gran crecimiento poblacional debido, en parte, a la inmigración que recibe atraída por la revolución industrial que desarrolla la ciudad. Para entonces, la ciudad ya contaba con una densidad poblacional destacable (mientras que en el año 1759 el censo contaba con 62.000 habitantes, 30 años más tarde ya había crecido hasta los 94.000). De la misma manera que otras ciudades europeas como Londres y París también habían visto crecer la demografía y demandaban nuevo terreno habitable, Barcelona se había quedado encorsetada entre sus murallas, concentrando a una población cada vez más industrializada en una urbe aún medieval.

Este fenómeno conllevó la aparición de nuevas necesidades de las cuales tomaría las riendas la corriente socio-sanitaria del higienismo. Esta corriente propugnaba la parálisis total del hacinamiento de la población y defendía la calidad de vida de los habitantes empezando en un ámbito particular por las condiciones higiénicas de los inmuebles y siguiendo en el ámbito público por una mejora de la red de alcantarillado e ilumina-

ción y por la urgencia de abrir nuevas vías de circulación y ventilación re-urbanizando toda la ciudad. El urbanismo racional de Ildefons Cerdà es un ejemplo de este tipo de pensamiento, asociando arquitectura y organización de una comunidad con sociabilidad y salud.

Uno de los más higienistas más destacados fue el médico Pere Felip Monlau y Roca (1808-1871), personaje clave por ser el principal instigador de la demolición de las murallas así como de la introducción de dicha corriente en Cataluña. Asimismo, fomentará una importante campaña de reformismo médico-social que contribuirá, entre otros, al caso del Hospital de la Santa Creu. Éste adolecía de una estructura física —y administrativa— de un régimen todavía anclado en el custodialismo y la beneficencia, a la par que las condiciones de tratamiento médico que ofrecía caían más rápidamente en el descrédito. Entre otras deficiencias, el Hospital de la Santa Creu presentaba un preocupante aumento del número de enfermos: en abril de 1881 se hace constar la carencia absoluta de personal (10 años antes la *ratio* médico/enfermo se calculó en 1/40 ó 60). Por otra parte, la falta de higiene y de espacio obligaba a hacinar a los pacientes sin distinción de diagnósticos ni patologías. Dicha carencia de clasificación nosológica entre enfermos era uno de los problemas más graves en la sección de dementes.

Sin embargo, no fue hasta las décadas de 1830-1840 cuando la administración decide construir un manicomio de nueva planta fuera de las murallas de la ciudad. La realidad, no obstante, distaba mucho de las intenciones que se proyectaban al respecto. En la segunda mitad del siglo XIX, el estado de la administración sanitaria no había mejorado tan sustancialmente como se esperaba. Aunque se llevaron a cabo iniciativas legislativas como la Ley de Beneficencia de 1822 y 1849 y la Ley de Sanidad de 1855 —las cuales reconocían la responsabilidad del Estado en la asistencia de los enfermos mentales y se comprometía a la construcción de seis manicomios modelo en todo el país—, sería finalmente la Iglesia quien se ocupase de la gestión y el mantenimiento asistencial de muchos manicomios, arguyendo la natural vocación de los Hermanos y Hermanas que cuidan de los enfermos, abaratando así los costes que supone toda una plantilla de médicos asalariados. Pese a estos pasos en falso en cuanto a la asistencia manicomial, quedaría en Catalunya un espacio abierto para la iniciativa privada que se verá materializada en los manicomios de Les Corts, Nova Betlem, Torre Llunàtica y el Institut Pere Mata. Conviene aclarar que dichas iniciativas privadas procedían de médicos especializa-

dos en enfermedades mentales, debido sobre todo a la escasa oferta asistencial pública, la cual potenciaba la creación de centros privados. Sirva de ejemplo esta confesión que expone Tomàs Dolsa poco antes de hacerse cargo del manicomio de Les Corts, en Barcelona: «estoy como va dicho en clase de médico director de un establecimiento de [dementes] (…), pues es un negocio que produce mucho y promete más» (Bou, 2006: 8).

El movimiento que quiere renovar la asistencia de las enfermedades mentales aparece ligado a tres hechos fundamentales: la Ley de Beneficencia de 1849, la aparición de los primeros alienistas y la creación de sanatorios privados. Como consecuencia de todo ello proliferarán tanto la organización de congresos (como el que tuvo lugar en Barcelona en 1888 coincidiendo con la Exposición Universal) y la aparición de publicaciones especializadas —entre 1881 y 1885, por ejemplo, se publica la primera revista monográfica sobre alienismo en España: la *Revista Frenopática Barcelonesa*—.

Acoger a los enfermos mentales de toda Barcelona implicaba un despliegue económico y espacial que la ciudad de mediados del siglo XIX ya no podía disponer. Evacuarlos fuera de los muros era lo más sensato, pero construir un nuevo manicomio era caro. La construcción de un nuevo manicomio, contando la totalidad de los gastos a cargo de los administradores, tuvo que esperar hasta que el Estado dio su autorización, ya que la atención de los dementes correspondía a la administración pública. Así como la creación de instituciones privadas fue ejemplar en toda Cataluña, no ocurrió lo mismo en el caso de instituciones benéficas o de carácter público. Fue el problema que sufrió el proyecto de Emili Pi y Molist: la creación de un nuevo manicomio que debía vertebrar como institución autónoma la asistencia psiquiátrica pública en Cataluña.

La responsabilidad recayó sobre los hombros de quien por entonces fuera el director del departamento de orates del avejentado Hospital de la Santa Creu, alguien bien situado socialmente gracias en parte a los contactos políticos de quien fuera su padre, el historiador municipal Andrés Avelino Pi y Arimón. Aunque fue un autor de obra tan prolífica como ecléctica, la concepción y el posterior desarrollo de su proyecto manicomial ocuparía la mayor parte de sus textos, el cual arranca en 1846, cuando la Sociedad Económica de Amigos del País le nombró miembro de número por un proyecto inicial de manicomio a las afueras de la ciudad. Cuatro años más tarde entraría a formar parte de la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. En 1854 y 1857 realizaría dos viajes por Europa

con el fin de tomar buena cuenta de los modelos arquitectónicos que se estilaban en la construcción de manicomios de nueva planta. De esta investigación personal nacería el germen de lo que el alienista presentaría en 1860: su *Proyecto Médico-Razonado para la construcción del Manicomio de Santa Cruz de Barcelona*.

Sin embargo, no se colocaría la primera piedra de su proyectado manicomio hasta diciembre de 1885, quedando inaugurado cuatro años más tarde tan sólo la primera fase constructiva del proyecto; éste no se vio completo hasta 1915. Los conflictos entre el Estado y el Ayuntamiento de Barcelona obstaculizaron su construcción durante varias décadas. Para llevarlo por fin a cabo se tuvo que cambiar la calificación del hospital de beneficencia pública a privada y acabó siendo un hospital privado hasta la Transición democrática (Comelles, 2006).

En el discurso inaugural de la colocación de la primera piedra, Emili Pi y Molist no tuvo reparos en denunciar que Barcelona se había preocupado antes de construir un hipódromo y dos plazas de toros, careciendo aún de manicomio municipal de nueva planta: «El alma piadosa […] llora […] se conduele y avergüenza al observar que hay en España villas que tienen hipódromo y […] una y hasta dos plazas de toros, y carecen de manicomio público de nueva planta» (Comelles, 2006: 91).

### *Notas de un viaje prospectivo: Proyectando el manicomio ideal*

Desde el inicio de su proyecto, el doctor Pi y Molist tuvo muy claro que, en la relación funcional entre el dictado médico y la arquitectura del manicomio, el resultado final tiene que obedecer al primero. La arquitectura, pues, debía responder a una organización del espacio desde el punto de vista terapéutico. Dicho en otras palabras: «el edificio no puede dejarse en manos del arquitecto sino que el pensamiento debe ser del médico, y la ejecución del arquitecto» (Comelles, 2006: 93). A tal fin, Pi y Molist se fijará en la solución tomada por muchos arquitectos en función de la organización y la lógica médicas durante sus dos viajes por Europa analizando por su cuenta las características de numerosos manicomios. El catálogo de localizaciones que apunta en varios textos (Pi y Molist, 1885: 11-12; 1860: XI-XV; 1889: 19-20) es sorprendente: Marsella, Montpeller, Tolosa, Auxerre, Pont-Saint-Côme, Burdeos, Lyon, Ginebra, Nassau, Berna, Berlín, Milán, etc.; en París, visitaría los manicomios de Charenton,

Bicêtre y Salpêtrière; de su estancia en Londres cita Bethlem, Saint-Luke y Colney Hatch, entre muchos otros. Pero los que sin duda le causaron mayor impresión fueron algunos ejemplos de planta panóptica como la llamada Torre de los Locos, en Viena, y los manicomios de Turín y Génova, que provocarían su rechazo, mientras que a la Colonia Gheel llegaría a dedicarle un extenso estudio como modelo a imitar (Pi y Molist, 1856).

De sus observaciones por Europa, el doctor Pi y Molist dedujo la existencia de tres líneas de funcionamiento médico y arquitectónico, que identificó según su procedencia geográfica y las características comunes que referimos a continuación.

Del sistema francés, Pi y Molist (1860) destacó grandes complejos arquitectónicos que disponen un cuerpo central del edificio destinado para el equipo administrativo, situado en medio de dos divisiones destinadas a cada sexo. El conjunto arquitectónico dispondría de un gran patio en el cuadro central. El desarrollo de estancias y departamentos sería perpendicular o en paralelo al eje de su separación, mientras que la subordinación del número de divisiones se haría conforme al tipo de clasificación nosológica que se adoptara en cada institución. Para asegurar una mayor independencia de las secciones, servirían las crujías aisladas que separan cada una de ellas, a modo de pabellones autónomos. Dichas crujías estarían diseminadas a lo largo de un vasto espacio común, de tal forma que permitiera la comunicación entre los diversos pabellones. En la mayor parte de los manicomios franceses, además, Pi y Molist observó un predominio de edificios con solo un planterreno o de planterreno y un alto, aquél para las habitaciones de día y este último para las de noche. Como apunte negativo, el alienista destacó un exceso de departamentos comunes respecto al número de estancias individuales.

Del sistema alemán, Pi y Molist (1860) consideró como elemento predominante la separación en dos establecimientos distintos y muy separados entre sí, dedicando uno como asilo para los casos que revertían escasas garantías de curación y otro edificio, mucho más lujoso, utilizado como casa de retiro, para casos de corta estancia. Muy distintas apreciaciones las hará del sistema anglo-americano, basado en la reunión de todas las tipologías psicopatológicas en una sola sección y en un mismo piso, o bien superponiendo las secciones en varios altos de una misma crujía. En tales manicomios, los servicios generales se situarían en los ejes de separación de ambos sexos. La crítica de Pi y Molist contra este sistema, no obstante, era la clasificación fundada en la posición social de los ena-

jenados. Sin embargo, los condicionantes e imperativos administrativos con los que tuvo que lidiar para erigir su propio proyecto le hicieron optar finalmente por la cofinanciación del mismo a partir del pago del pensionado de 1ª, 2ª y 3ª clase.

La disposición del manicomio de la Santa Creu no está calcada sobre ninguno de estos tres sistemas exclusivamente, sino que tiene caracteres de todos y algunos propios. Por ejemplo, conviene con el francés en la colocación de los servicios generales en el centro del edificio, además de la clasificación según garantías de curación e incurabilidad. Siguiendo el sistema francés, el manicomio proyectado por Pi y Molist respeta la contigüidad de secciones y departamentos en el curso en que se hallan las crujías, manteniendo tan sólo una altura de planterreno y un piso. Del sistema anglo-americano presenta los servicios generales en el eje de separación de ambos sexos, pero mantiene en parte la restricción de los principios patológicos de clasificación según los estados de tranquilidad, agitación y desaseo, pero no en grado a su garantía de curación, como prescribe el sistema alemán. De éste, el manicomio de Pi y Molist se asemeja por la reunión de un asilo de curación y una casa de retiro en un solo edificio, además de proponer tanto habitaciones individuales como dormitorios comunes según el tipo de pensión que los pacientes puedan pagar.

Por otra parte, el manicomio de la Santa Creu difiere del sistema francés al no centralizar los baños en el centro del conjunto arquitectónico, ni dar predominio al dormitorio común, ni adoptar únicamente el recinto cuadrado central con patio interior. Asimismo, se distingue del sistema anglo-americano por no disponer de estancias individuales como norma general. Tampoco reúne en un mismo piso todos los elementos de cada sección, ni convierte las galerías inferiores en habitaciones de día. Además, Pi y Molist (1860) se preocupó de no concentrar a los orates en edificios dispares formalmente y alejados entre sí, o situar los patios fuera del recinto enmarcado entre crujías. Del sistema alemán difiere en tanto que para la clasificación nosológica no admite como única consideración predominante la garantía de curación del paciente.

Como particularidad distintiva, el manicomio de la Santa Creu coloca las dos grandes divisiones del edificio en dirección perpendicular el eje del cuerpo céntrico, pero paralelas al mismo de las crujías. De este modo, una de las dos mitades correspondería a los pacientes masculinos y la otra a las mujeres ingresadas. Añadido a esto, se asume el doble modelo de asilo de curación y casa de retiro para constituir una especie de manicomio mixto.

Otro aspecto diferencial se deduce al reunir en un departamento a los enajenados peligrosos, facilitando sobre ellos una vigilancia continuada. Por último, Pi y Molist (1860) proscribe absoluta y terminantemente las rejas y dispone todas las piezas que representen la idea de la libertad.

Si bien la distribución arquitectónica del manicomio proyectado quedaba supeditada a una cuestión médica, insistiendo en la garantía de curación de todos los pacientes ingresados, la separación de éstos por secciones también respondía a condiciones dictadas por el higienismo. Pi y Molist esperaba que cada parte del edificio presumiera de una cierta independencia funcional, subordinada al gobierno administrativo y a la dirección médica ejercida desde el eje central. Se pretendía así que cada cuerpo del edificio sirviera para un grupo de orates en una clasificación según la dolencia y clase social. Pero también pretende que, en conjunto, cada detalle arquitectónico produzca en el paciente impresiones agradables que afecten positivamente a su ánimo, «suministrándole calma, sosiego, bienestar». Esta paz tiene que ver con la vida en un entorno natural, pero también considera que la propia arquitectura debía convenir a un sentido terapéutico.

A nivel de arquitectura interna, por ejemplo las escaleras carecen de ojo para impedir suicidios; los patios dispondrán de jardines para invitar al reposo y al paseo dentro de un recinto cerrado. Además, cada sección constará de salas de ocio para los pacientes ingresados. Pi y Molist no se olvida de instalar una capilla, un claro referente del tratamiento moral que dicta el credo de su admirado Philippe Pinel, ya que el tratamiento moral responde tanto a intereses higiénicos y médico-terapéuticos, como también pedagógicos y administrativos. Para Pinel, toda excitación moral, desorden racional o impulso agreste podía generar mecanismos pasionales en el organismo que desencadenarían finalmente la enfermedad mental o ciertos trastornos en algunas facultades intelectivas o anímicas (Quiñones *et alii*, 1993: 177-179).

Sin embargo, en el manicomio moral el médico fundaba su prestigio en el concepto teórico, mas no en la práctica. El decreto de internamiento de 1885 había dejado en manos de los jueces el ingreso de enfermos, posición muy mal aceptada por los alienistas, pues quedaban a merced de la decisión de los jueces y de los administradores del hospital. Así las cosas, el escepticismo terapéutico contribuiría a finales del siglo xix a explorar un modelo basado en una clasificación comportamental de los enfermos, como pretendía el proyecto impulsado por Pi y Molist (1860).

## *Modos diversos del tratamiento moral: collares nuevos para un perro viejo*

El modelo de tratamiento de los alienados que parecía romper con los tres sistemas descritos por Pi y Molist (1860) tras sus viajes por Europa era el que proporcionaba el ejemplo de la Colonia Gheel (Bélgica). Las impresiones del alienista quedaron reflejadas en un extenso ensayo (Pi y Molist, 1856) que serviría en buena parte para revisar a fondo los procedimientos clínicos en boga en el siglo xix. Al respecto, Pi y Molist se posicionó como claro defensor de un modelo híbrido entre el sistema de asilo cerrado y la colonia de alienados, apostando por adoptar granjas agrícolas que reprodujesen las labores de Gheel con fines terapéuticos, pero dentro de unos límites acotados y asistidos médicamente. Asimismo, también reclamará un tipo de vida cotidiana basado en la idea de comunidad familiar, repartiendo la responsabilidad de la armonía social entre los ingresados.

Para el doctor Pi y Molist, la Colonia Gheel suponía una alternativa terapéutica idónea por ceñirse a los requerimientos del ideario higienista. La región de Gheel se configuraba como el espacio perfecto para acoger a los orates por localizarse en un entorno natural, rodeado de prados y lejos de las grandes ciudades. Dirigido a mediados del siglo xix por el doctor Parisot, esta colonia agrícola compuesta por 50 granjas arrendaba a personas con alguna enfermedad mental con el fin de contribuir a su reinserción social. No obstante, la admisión estaba vedada a suicidas, homicidas, pirómanos o pacientes con antecedentes de fuga. El único requisito era colaborar en las tareas agrarias. El sistema de pensionado servía para que las familias de acogida pudieran hacerse cargo de los gastos de su cuidado y manutención, ajustándose al aporte económico algún pariente que pagase la estancia del paciente en la colonia o, en su defecto, el Estado sufragaría los costes.

Los principios de la Colonia Gheel seguían el «credo pineliano» del tratamiento moral, consistente en el cariño y la libertad casi plena del paciente. Por el contrario, en caso de atentar contra la moral pública o promover algún intento de inmolación o fuga, las familias de acogida y los patrones que desempeñaban el cargo de tutores legales podían decidir entre la expulsión de la comunidad —y por tanto el cese de la subvención o pensión— y la aplicación de métodos correctivos —como el encadenamiento o el encierro preventivo—. Además, los pueblos vecinos tenían el deber de apresar a los fugados y avisar a las autoridades si se declarase la desaparición de algún paciente.

El rígido pero tácito cerco normativo que imperaba en la Colonia Gheel por orden del doctor Parigot no empañaba la importancia de una empresa que, persiguiendo la curación de los pacientes, se organizaba en base a una buena administración y a una legislación política adecuada. Por desgracia, su éxito terapéutico no ocultaba otras opacidades que el propio Emili Pi y Molist (1856) denunció debidamente. Al alienista catalán le escandalizaban las condiciones de insalubridad, malnutrición y desatención en las que vivían muchos de los pacientes de la colonia, viéndose en ocasiones forzados a trabajar en contra de su voluntad. A ello se añadía el riesgo de fomentar la promiscuidad al no segregar los sexos durante el tiempo que convivieran en la comunidad terapéutica. Pi y Molist también hacía explícita la queja de varias familias de acogida que recibían una pensión insuficiente para el mantenimiento de algunos enfermos. La falta de formación médica de los patrones invalidaba la fiabilidad terapéutica de dicha comunidad, a la que por cierto tan sólo se derivaba a pacientes con altas probabilidades de curación. Para casos de mayor gravedad, el experimento de la Colonia Gheel no era el más apropiado.

Esto no se contradecía en ningún modo con la necesidad de aislar a los enfermos fuera de las grandes urbes contaminantes, a tenor de los dictados del tratamiento moral «pineliano», como tampoco se oponía a la aplicación de la laborterapia como método para la reeducación moral de los pacientes dentro del seno de una comunidad institucional. La intención final, pese a ciertos medios correctivos de los que hablaremos más adelante, era velar por la salud de los pacientes y dotarlos de una disciplina reconstituyente.

En el proyecto manicomial de Pi y Molist también se contemplaba la implantación de hidroterapia, descrita por el alienista como uno de los métodos terapéuticos más eficaces. La instalación de baños y duchas de agua fría o caliente era sumariamente aprobada no sólo para fines terapéuticos e higiénicos, sino también disciplinarios. Puesto que el acceso a la higiene personal estaba vedado diariamente o muy limitado para la mayor parte de la población, la aplicación de medidas hidroterapéuticas fue un acicate para el bienestar de los pacientes ingresados. Pi y Molist también planificó la construcción de dos piscinas, una para la sección de hombres y otra para las mujeres (Rubio, 2012: 84), de las que no quedó ninguna constancia cuando el conjunto arquitectónico fue inaugurado en su integridad. En palabras de Pi y Molist (1860: 248), dichas instalaciones debían incluir «aparatos a propósito para baños generales y locales, o sean

semicupios o pediluvios, comunes, medicamentosos, minerales y de vapor; para chorros fríos y calientes, de variadas formas y direcciones, descendentes, ascendentes y horizontales; diseñados para afectar al sistema nervioso y reforzar los efectos positivos de otras medidas terapéuticas».

No nos pasa por alto que para el alienista catalán la hidroterapia fuera un medio afín a los principios del tratamiento moral promovido por Philippe Pinel. El paralelismo entre la curación del alma o psique y el acto sacro de purificación que simboliza el agua en el transcurso de la historia, tanto en el mundo occidental como también oriental, es indiscutible: en el judaísmo, el hinduismo y el islamismo, las abluciones tienen una motivación no sólo higiénica, sino también religiosa, como se desprende del bautismo cristiano (Llinàs *et alii*, 2004). En España, algunos yacimientos arqueológicos de los pueblos más primitivos que se asentaron en la península nos transmiten la importancia del agua en ciertos rituales funerarios. Entre los íberos, por ejemplo, era costumbre que los restos óseos que quedaban tras la incineración de los cuerpos se lavaban y amortajaban junto al ajuar funerario, colocándolos dentro de una urna cineraria. La influencia greco-romana se hace notar en la construcción de termas —que servían como lugar de ocio, además de usarse para la higiene personal— y diques estancos en templos sagrados, bendecidos para ofrendarlos a la curación de los enfermos. La corriente galénica que subsistirá durante toda la Edad Media bajo la creencia de una armonía entre los humores corporales y los estados del ánimo apostaba por la sumersión en agua tibia de pacientes aquejados de melancolía o insomnio, además de ciertas dolencias de la piel; mientras que el agua fría se prescribía para aplacar las tensiones musculares sin origen fisiológico y los estados más agitados del ánimo.

Sin embargo, el uso de la hidroterapia que refiere Pi y Molist en su proyecto no se remite a tiempos demasiado remotos, sino a varias referencias contemporáneas de Esquirol, Guislain y Leuret, aunque es este último el más sobresaliente de todos los autores mencionados por coincidir con Pi y Molist en las propiedades médicas de las duchas —de las que, por cierto, Leuret ofrece detalles sucintos como el diámetro de los conductos de salida, recomendando que éstos sean pequeños para ejercer una mayor presión sobre el chorro resultante (Huertas, 2001: 11)—. Medidas alternativas similares a las que proclama Leuret (2001) en su particular interpretación del tratamiento moral —tales como la llamada «bofetada síquica» y la «sangría moral» (Pi y Molist, 1860: 247) parecen ser la principal fuente de inspiración para lo que el alienista catalán denomina «el

baño de sorpresa», generalmente consistente en chorros muy directos de agua fría, indicado sobre todo para pacientes jóvenes y robustos aquejados de manía y tendentes a manifestar conductas agresivas. Asimismo, Pi y Molist también contemplaba la provisión de bañeras con mecanismos de sujeción para aquellos pacientes que no se mostraran dóciles y colaboradores con el personal médico o de asistencia.

> Para ciertos enajenados que temen o repugnan mucho el baño, podrá ser éste un medio disciplinario poderoso del tratamiento moral. Los chorros fríos a la cabeza u otra parte del cuerpo, fuera de sus especiales virtudes terapéuticas, obran también moralmente en los orates como medio de represión, que calma a menudo el furor, corrige las inclinaciones aviesas, domina al enfermo y lo reduce a la obediencia (Pi y Molist, 1860: 247).

El proyecto manicomial de Pi y Molist tampoco esconde otra cara tan discutible como poco amable: la del aislamiento o reclusión con fines clínicos, combinado con laborterapia, respondiendo a un objetivo de sedativo moral, pero contribuyendo así a la autogestión de la propia institución. Sobre lo primero, cabe subrayar que los fundamentos del higienismo también sirvieron para aprobar ciertos argumentos sobre la necesidad de alejar los manicomios de las grandes urbes, tal y como manifiesta Pi y Molist en 1860 en su *Proyecto Médico-Razonado* refiriéndose al modo de vida de los orates en su propio manicomio:

> el ambiente bien organizado y regulado para someter al enfermo a otras influencias que las que han causado su alienación; se arranca de sus costumbres la ociosidad, la falta de control de la conducta y se le somete a una disciplina de orden, actividad, tranquilidad y a un bienestar físico y moral. El aislamiento provoca reacciones morales preciosas para la curación de la locura. El aislamiento, el orden, la calma le sugieren nuevas ideas y le preparan para una actitud tranquila y disciplinada. La reclusión le provoca un deseo inagotable de libertad (Pi i Molist, 1860).

Esta cita resume muchos de los puntos que el alienista quiere condensar en su proyecto. Por una parte, considera la importancia de aislar al paciente de un estilo de vida vicioso, típico del medio urbano, ubicándole en un contexto natural y tranquilo en el que desempeñar una laborterapia como parte de su tratamiento moral, insistiendo en que todas las estancias «den vista á la campiña y sean perfectamente accesibles al aire y luz solar» (Pi y Molist, 1860: 96). Recuérdese que uno de los principios del tratamiento moral acuñado por Philippe Pinel era aislar al orate de una

sociedad que le había enfermado. El discípulo más aventajado de Pinel, Étienne Esquirol, lo reafirmaba de esta manera en 1805:

> Simplemente, el mero traslado basta a veces para devolver la razón a los enajenados, tanto por la impresión profunda que experimentan al encontrarse en una casa de locos, como por la extrañeza que sienten ante los objetos que les circundan (…); por ello el regreso prematuro a los lugares que pueden recordar los primeros motivos de su delirio determinan las recaídas (Esquirol, 2000: 52, 94).

Siguiendo los argumentos «pinelianos», el doctor Pi y Molist (1856: 11-12) también sostiene la práctica de un trabajo como método terapéutico, señalando la buena impresión que produjo en el propio Pinel una visita de inspección a cierta casa de orates en Zaragoza en el año 1800 —Barrios (2002) sugiere que se tratase del Hospital de Nuestra Señora de Gracia, donde se distinguía a los enfermos ingresados según su clase social: los más ricos tenían el privilegio de residir en estancias apartadas del resto de pacientes—. Para justificar su implantación en su proyecto manicomial, Pi y Molist (1856: 21) advierte que «se ha instituido el trabajo como base de la terapéutica moral, a título de moderador poderoso de los movimientos desordenados, y de estimulante enérgico de las fuerzas deprimidas que figuran en el cuadro sintomático de ciertas formas de enajenación mental». La opinión de Pi y Molist respecto a la laborterapia no se aleja demasiado de la de Cosacov (2007), para quien su propósito fundamental se reduce a la disminución del estado de enajenación al que conduce todo encierro ocioso, permitiendo que el individuo se sienta autónomo y gratificado por medio del trabajo intelectual, manual o artístico. El objetivo es aleccionar al paciente para que se sienta productivo, según sus propias capacidades y limitaciones físicas y mentales.

Si bien las intenciones terapéuticas del trabajo también respondían a los criterios morales de Pinel y a la búsqueda de recursos para la integración social de los enfermos una vez fueran dados de alta, las de Pi y Molist se debatían entre la función disciplinaria de los ingresados y la romántica idealización del trabajo agrario que inspiraba a priori a muchos teóricos del alienismo que, pertenecientes a una clase social alta, no solían ejercer este tipo de labores como principal profesión. Este gusto nostálgico por la vida campestre no era sino un síntoma más de los efectos de la feroz industrialización de las grandes urbes, como parece traslucirse de las palabras de Pinel que glosa Pi y Molist (1856: 11-12), elogiando el

trabajo como método terapéutico «por la afición que inspira y el deleite que proporciona el cultivo de los campos, por el natural instinto que lleva el hombre a labrar la tierra y satisfacer sus necesidades con el fruto de su industria». Convencido de sus bondades terapéuticas, Pi y Molist (1860: 319-320) reclamará un terreno lo suficientemente apto a las afueras de Barcelona para instalar su manicomio, con el fin de que los pacientes pudieran cultivar la tierra:

> los orates que se dedican al trabajo, experimentan una notable mejoría de su desarreglo mental á consecuencia del ejercicio de sus fuerzas físicas; padecen muy pocos paroxismos de furia o agitación; tienen mas apetito y duermen mas y con mayor sosiego; cobran robustez y alegría; se curan mas á menudo, rápida y completamente; son mas dóciles y subordinados, y por tanto cumplen con mas exactitud las prescripciones reglamentarias, con provecho propio, como asimismo del orden y tranquilidad del establecimiento.

Por el contrario, Pi y Molist no ofreció datos que confirmaran la efectividad de la laborterapia, salvo para prever una crucial aportación financiera para la creación y autogestión del propio manicomio. Así lo manifiesta el propio alienista en su proyecto, augurando un «resultado digno de estudio»:

> Se ha suscitado la cuestión de si es posible cubrir las estancias de un manicomio con el producto del trabajo de los enajenados, o en cuanto puede disminuir éste el presupuesto de sostenimiento de un asilo (…), porque, a ser exacto, allanaría todos los obstáculos que, en punto a economía, se oponen constantemente a la erección de asilos de este género, sobre todo en España, que precisamente es una de las naciones donde más rezagado está este ramo de la beneficencia pública (Pi y Molist, 1860: 322).

En parte, el éxito que el alienista profetizaba para la laborterapia en otros manicomios era debido a su excelente opinión sobre los procedimientos terapéuticos en la Colonia Gheel (Pi y Molist, 1856), pero también veía con buenos ojos su aprovechamiento en términos económicos —Comelles (1997) cuenta que, «hasta los últimos años de funcionamiento del manicomio de la Santa Creu, los internados seguían cultivando los huertos colindantes, haciendo arreglos de costura, fabricando escobas y colaborando en numerosas tareas domésticas»—. No obstante, el doctor Pi y Molist (1860: 31) se mantuvo al inicio muy reacio ante la idea de la explotación gratuita del trabajo de los pacientes internados para el beneficio exclusivo de la institución. A pesar de ello, el propio Pi y Molist

(1860: 321) relativizará esta afirmación más adelante en relación al futuro funcionamiento del manicomio, recomendando para las mujeres ciertas ocupaciones domésticas y para los hombres, en función de sus aptitudes para los oficios, su desempeño en talleres de zapatería y carpintería dentro de las propias dependencias del manicomio.

> Si bien no ha de llevar el asilo mira alguna de especulación, en la rigurosa acepción de esta palabra, sino la de poner en práctica uno de los medios mas poderosos con que cuenta la terapéutica moral de la locura, conviene dar la preferencia a las ocupaciones que, sin embargo, pueden producir directa ó indirectamente algún beneficio a la casa (Pi y Molist, 1860: 338).

El alienista no le oculta las orejas al lobo cuando admite sin disimulo que la laborterapia no será el tratamiento más eficaz para los pacientes de 1ª clase, poco proclives a participar activamente en estas labores junto al resto de enfermos. El hecho de pagar tarifas elevadas para mantener el *confort* propio de su condición social descarta la posibilidad de creer que la laborterapia iba a ser bien aceptada en instituciones privadas. Consciente de esa contradicción, Pi y Molist se vale de una cita de su admirado Philippe Pinel para otorgar a ciertos pacientes de su pleno derecho a ser tratados como corresponde a su situación:

> La experiencia ha enseñado constantemente en dicho hospicio que este es el medio más seguro y eficaz para recobrar el uso de la razón; y que los nobles, que rechazan con desdén y altivez hasta la idea de trabajo mecánico, tienen también el fuero, en verdad no envidiable, de perpetuar sus extravagancias y delirios (Pi y Molist, 1860: 317).

Pi y Molist conseguiría finalmente abarcar en un solo edificio todas las innovaciones terapéuticas idóneas para perpetuar el tratamiento moral, evitando los errores del pasado y abriendo nuevos horizontes a la investigación y el desarrollo de las ciencias especializadas en la salud mental. Apenas unos años antes de presentar públicamente su *Proyecto Médico-Razonado*, Pi y Molist ya vaticinaba con el éxito de su propuesta, describiéndola de esta manera con poético énfasis:

Un manicomio es en nuestra época un edificio magnífico, con todas las condiciones higiénicas: asilo piadoso, en donde se van enjugando las lágrimas del más atroz de los infortunios: establecimiento benéfico, donde se combaten y con frecuencia se vencen las enfermedades mentales. No es ya una cárcel: es un hospital. Habitaciones capaces, claras y ventiladas; jardines y otros sitios de socorro y recreo (Pi y Molist, 1856: 20).

### *El Salto del Lobo: vigilancia, custodialismo y explotación*

La larga cita textual que cierra el apartado anterior no desvela los motivos ocultos que mueven a la voluntad de Pi y Molist a reclamar la constitución de un nuevo manicomio. Al respecto, quisiéramos resaltar dos peculiares epígrafes en el *Proyecto Médico-Razonado para la construcción del manicomio de Santa Cruz* (Pi y Molist, 1860) que parecen contradecir las intenciones humanitarias del alienista catalán. Uno hace referencia al «salto del lobo»; el otro menciona un sistema codificado de cierres y aperturas de las puertas interiores. Ambos pasajes nos remiten tristemente a las premisas que reivindicaba Jeremy Bentham (2011) para justificar su modelo panóptico en el ámbito manicomial, escolar, fabril y carcelario. Bentham habría diseñado su método de control con el fin de permitir una permanente visibilidad de las personas allí ingresadas, estrechando la sensación de vigilancia y corregir así su propia disciplina, sin que supieran en qué momento estaban siendo observados (Rendueles, 2011; Foucault, 1986).

A pesar de exigir que su manicomio careciera de patios amurallados y rejas, evitando así similitudes con las celdas carcelarias que harían pensar en las precarias condiciones de hacinamiento en las que vivían los alienados en el antiguo Hospital de la Santa Creu; a pesar de obligar a su arquitecto a diseñar un edificio que albergara cuartos amplios de techos altos, con grandes ventanales que permitieran la entrada de una gran cantidad de luz natural; a pesar de disponer de pasillos bien ventilados y jardines que alegrasen la vista, entre otras medidas adoptadas para la mejoría del tratamiento clínico de los pacientes ingresados que convencieron a la comisión inspectora que visitó el manicomio en 1910, aprobando las intenciones humanitarias de su fundador; a pesar de todo ello, sin embargo, el doctor Pi y Molist no pudo esquivar el principal motivo del modelo panóptico ideado por Bentham (2011).

El «salto del lobo» que Pi y Molist (1860) recomienda para su manicomio nos llama poderosamente la atención, pues con este método se disimula la clausura de los alienados y se abre la mirada en lontananza, ofreciendo una amplia vista del paisaje. Pi y Molist se habría inspirado en la mencionada técnica del «salto del lobo» —llamado «ha-ha» en el ámbito de la horticultura anglo-francesa—, consistente en una zanja o muro oculto en el fondo de un pequeño cerco o foso. Esta técnica es acorde con la idea de conceder sensación de libertad dentro de unos límites de forzosa pero invisible clausura. En el proyecto manicomial de Pi y Molist

se pretendían evitar las puertas con cerrojos y barrotes, mientras que las ventanas serían amplias y de vidrio. Pero, en ausencia de murallas que rodeen el perímetro de los terrenos del manicomio, se instalaría un declive suave que terminara en una pared final, según el dictado del propio Pi y Molist (1860: XXIII, 338-339; cursiva del autor):

> Todas las partes del edificio con su particular disposición y agradable aspecto han de conspirar a la seguridad y comodidad del orate, encubriéndole hábilmente su reclusión, (…) para evitar su comunicación con el exterior y la fuga de sus reclusos, podría cerrarse el indicado terreno (…) con una cerca general construida como el salto del lobo de los patios, cuya pared tuviese también 3,0 metros de altura, a corta distancia de la cual, por la parte exterior, se formase un seto de arbustos firmemente entrelazados.

El otro pasaje a mencionar es el que explica un ingenioso código compartido entre todos los miembros del personal asistencial, según el cual se tendría un control absoluto sobre la propia disciplina de vigilancia ejercida en el manicomio. Así lo refiere Pi y Molist (1860: 279), atribuyéndose para sí el papel de Médico Director y asumiendo en labores de asistencia al personal religioso y demás sirvientes:

> La llave del Médico Director podrá dar tres vueltas en las cerraduras, las de los hermanos dos, y las de los sirvientes sólo una; de modo que estos últimos no abrirán con su llave la puerta en cuya cerradura haya echado la segunda vuelta de su llave un hermano, ni este la puerta que haya cerrado con la tercera vuelta de la suya el Médico Director. Este ingenioso artificio (…) tiene por objeto averiguar en varias ocasiones la vigilancia de los asistentes, promover la exactitud de ciertos servicios y descubrir algunos descuidos de aquellos. Cuando, por ejemplo, el hermano mayor de sección quiere averiguar si un vigilante nocturno ha visitado durante la noche un aposento o estancia determinada, echa con sigilo la segunda vuelta de la llave a su cerradura, y como es imposible en este caso que el vigilante abra la puerta con la suya propia, se pone en evidencia su descuido o malicia si al día siguiente pretende haber recorrido todas las piezas que debía.

Ejemplos literales como los que acabamos de referir ponen de manifiesto que el proyecto manicomial de Pi y Molist no se alejaba del todo del modelo tradicional que pretendía evitar, por más que añadiera algunas innovaciones técnicas y terapéuticas que, sin embargo, le servían al alienista para legitimar la necesidad de crear un hospital especializado en la enfermedad mental. El proyecto respondía más a la justificación de una institucionalización profesional de la labor del alienista que a la propia sanación de los pacientes.

Convencido por las doctrinas de Pinel y Esquirol, el doctor Pi y Molist (1860) argumenta a menudo las bondades del tratamiento moral para validar la protección del enfermo mental respecto a una sociedad que habría contribuido a enfermarle. Paradójicamente, el tratamiento moral también podía entenderse como coartada para el aislamiento que protege al enfermo de la sociedad y viceversa. En tal caso, se consideraría al alienado un ser asocial. La función del manicomio, por tanto, no contando con recursos terapéuticos, se limitaba a mantener la segregación social del loco. La actitud de Pi y Molist, sin embargo, pareció jugar a dos bandos: entre la heroicidad humanitaria por los alienados y la obediencia a una necesidad política y social, más que a un avance científico. No hay más que recurrir a la tendencia de Pi y Molist por supeditar todo el cuidado de los alienados a la comodidad del custodialismo, en lugar de buscar un verdadero fin terapéutico —por ello que, como sagazmente apunta Comelles (2006), tan sólo se clasificara a los pacientes según categorías laxas como «agitados», «tranquilos» y «furiosos»—. El objeto último del manicomio de la Santa Creu no parecía trascender más allá de la contención de los pacientes, sin garantías de reintegrarlos en la sociedad que les había segregado.

Cuando a finales del siglo xix el tratamiento moral empezaba a caer en el descrédito y recibir feroces críticas de otros alienistas catalanes —como Giné y Partagàs, Antoni Pujades o Pere Mata, de orientación más organicista que el doctor Pi y Molist—, el manicomio de la Santa Creu no consiguió desprenderse de la imagen de una institución que seguía sirviendo al papel del control y de la defensa social, así como también la idea de un centro de explotación agrícola e industrial mediante la laborterapia, con enfermos crónicos amparados en el custodialismo. Paralelamente, el enfoque psicologista de Pi y Molist no podría competir contra las nuevas tendencias de la psiquiatría finisecular, acusándolo de nihilismo terapéutico y plantear el manicomio como depósito de casos incurables o irrecuperables, condenados a un encierro permanente pero lucrativo por depender de su explotación, aunque abandonados desde el punto de vista médico o administrativo.

Sin duda, Emili Pi y Molist concibió su proyecto como una utopía social y reformista, afín a los criterios higienistas, pero también hibridando el tratamiento moral con una arquitectura funcional. Por desgracia, moriría en 1892 sin ver terminado su sueño, quizá recordándose a sí mismo aquellas palabras con las que inauguraba cinco años atrás apenas la mitad de lo que aún quedaba por construir:

> El Manicomio ha sido el poema de mi vida profesional, pues comenzó en mi primera juventud (…). Ha sido mi sueño dorado: que allá se van á las veces poema y sueño. Dificultades, obstáculos y contratiempos fueron dilatando años y años el llevarlo á ejecución: y momentos hubo muchos en que pareció huir de mí hasta la esperanza de que, ni aun fiándolo muy largo, llegara al logro de mis anhelos. Mas yo, poseído de la halagüeña idea, haciéndoseme duro el rendirme á la triste realidad, seguía soñando con sueño voluntario (…); mágico sueño, soberano hechizo, que borra de la memoria toda especie fea ó melancólica, y pinta en la fantasía la imagen hermosa y seductora con que quiso el despierto deleitarse durmiente (Pi y Molist, 1889: 20).

## *Conclusiones*

En el inicio de nuestro trabajo nos propusimos analizar los fundamentos que asentaron las bases para la construcción de una institución manicomial en Cataluña a mediados del siglo xix, tomando como caso el manicomio de la Santa Creu de Barcelona. Con este estudio queríamos exponer la estrecha relación que se establecía entre el diseño estructural y funcional de una institución mental y el tipo de orientaciones terapéuticas que iban a regir en su funcionamiento. Para ello nos habíamos planteado destacar los antecedentes socio-históricos sobre los que emergió un proyecto como éste, destacando la poderosa influencia del movimiento higienista catalán en la constitución de nuevos modelos manicomiales como el de Pi y Molist. Al respecto, se ha probado que la implementación de la hidroterapia y la laborterapia, además de otras medidas terapéuticas, no sólo respondían a los designios del higienismo, sino que también suponían una línea de continuidad con la tradición del tratamiento moral que se iba practicando desde los tiempos de Pinel. Sobre esta cuestión, podemos concluir que el pensamiento médico de Pi y Molist no contribuyó con ninguna innovación de cariz epistemológico conforme a otras concepciones anteriores sobre la locura, aunque sí trató de promover algunos cambios a nivel instrumental e institucional.

Asimismo, con nuestro trabajo hemos puesto de relieve que el peso administrativo en la constitución de un proyecto manicomial estaba por encima de los propios intereses médicos. Además de eso, también presionaron en su constitución los cambios sociales y urbanísticos que envolvieron la erección de dicha institución desde la fecha en que se presentó el proyecto arquitectónico hasta el momento en que se inauguró en su

integridad. El resultado final fue el producto de un frustrado modelo institucional que trató de hibridar las razones médicas con unas condiciones arquitectónicas que no se alejaban demasiado de otros sistemas a los que pretendidamente se oponía Pi y Molist. Prueba de ello es el ambiguo marco de semi-libertad que idealizaba conseguir para los pacientes ingresados bajo un cierto paraguas represivo, no pudiendo evitar muchos puntos de afinidad con los dispositivos panópticos de Bentham y el régimen del custodialismo por el que asomaban los argumentos legales para la explotación de los enfermos. Todo lo que hemos visto a lo largo de nuestro trabajo parece evidenciar que el ingreso médico de los enfermos mentales convertía a éstos en moneda de cambio para la fundación y el mantenimiento del engranaje social y económico que implicaba una institución mental, más allá de las bondades terapéuticas y las garantías de curación que pudiera ofrecer.

Para finalizar, deseamos proponer el enfoque genealógico que ha guiado el curso de nuestra investigación como alternativa a los modelos tradicionales de revisión y/o reconstrucción histórica, aportando una relectura posible a través de los materiales, las ideas, los conceptos, la acción de los diferentes agentes implicados y los hechos acontecidos alrededor del nacimiento de una institución manicomial. Con esta perspectiva esperamos abrir un prolífico y amplio horizonte interdisciplinario que enriquezca el conocimiento histórico sobre las ciencias *psi*.

## Bibliografía


Álvarez, Raquel; Huertas, Rafael; Peset, José Luís (1993) *Enfermedad mental y sociedad en la Europa de la segunda mitad del siglo xix*. Asclepio, 45(2)

Barrios, Luís Fernando (2002) «El internamiento psiquiátrico en España: De Valencia a Zaragoza (1409-1808)». *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(2)

Bellot, Manuel; García, Juan Antonio (2004) *Capilla del Hospital Mental de la Santa Creu de Barcelona. Memoria histórica, levantamiento gráfico, estudio de patologías*. Barcelona: UPC.

Bentham, Jeremy (2011) *Panóptico*. Madrid: Círculo de Bellas Artes.

Bodego, Rosa; Grau, Montserrat; Mateo, Gerard; Martín, María; Martín, Sara; Vilalta, Joan (2010) *95 anys de l'Institut Mental de la Santa Creu. Exposición itinerante*. Barcelona: GHNB/Ajuntament de Barcelona.

Bou, LLuís (2006) *El Frenopàtic de Les Corts: Història d'un centre de salut mental*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Comelles, Josep M. (1997) «Reforma asistencial y práctica económica. De la crisis del tratamiento moral a la hegemonía del kraepelismo». En V.A. Basauri (comp.) *Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en Españ*a. Madrid: Libro del Año.

— (2006) *Stultifera Navis. La locura, el poder y la ciudad*. LLeida: Milenio.

Cosacov, Eduardo (2007) D*iccionario de términos técnicos de la psicología*. Buenos Aires: Brujas.

Esquirol, Etienne (2000) S*obre las pasiones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Fargués, Isabel; Tey, Roser (2007) «L'Hospital de la Santa Creu davant els reptes del progrés científic i la renovació urbanística (1874-1901)». *X Congrés d'Història de Barcelona. 27-30 novembre*. Barcelona: Arxiu Històric de la Ciutat de Barcelona/Institut de Cultura.

Foucault, Michel (1986) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.

Grup d'Història de Nou Barris (2015) *Un segle d'història compartida: 100 anys de l'Institut Mental. Exposición itinerante*. Barcelona: GHNB/ Ajuntament de Barcelona.

Huertas, Rafael (2001) *François Leuret: Terapia e intimidación moral. En Leuret, F., El tratamiento moral de la locura*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Leuret, François (2001) *El tratamiento moral de la locura*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Llinàs, Joan; Merino, Jordi; Montalbán, Carme (2004) «Les termes romanes de Sant Grau». *Quaderns de La Selva*, 16: 69-89

Pi y Molist, Emili (1856) *Colonia de Orates de Gheel (Bélgica)*. Barcelona: Tomás Gorchs.

— (1857) *Estadística del Manicomio del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona*. Barcelona: Tomás Gorchs.

— (1860) *Proyecto Médico-Razonado para la construcción del Manicomio de Santa Cruz de Barcelona*. Barcelona: Tomás Gorchs.

— (1885) *Memoria histórica de los antecedentes relativos a la construcción del Manicomio de la Santa Cruz*. Barcelona: Tipografía de la Casa Provincial de Caridad.

— (1889) *Discurso de la inauguración del Manicomio de la Santa Cruz de Barcelona*. Barcelona: Henrich y co.

Quiñones, Elena; Tortosa, Francisco; Carpintero, Heliodoro (1993) *Historia de la Psicología: Textos y comentarios*. Madrid: Tecnos.

Rendueles, César (2011) *Jeremy Bentham: Sociofobia y utopía. En Bentham, J., Panóptico*. Madrid: Círculo de Bellas Artes.

Rosa, Alberto; Huertas, Juan Antonio; Blanco, Florentino (1996) *Metodología para la Historia de la Psicología*. Madrid: Alianza.

Rubio, Rafael (2012) *Antiguo Hospital Mental de la Santa Cruz: Historia y Arquitectura*. [Proyecto Final de Grado]. Barcelona: UPC.

Sánchez-Moreno, Iván (2013) *La melodía interrumpida. Análisis histórico-genealógico de los fundamentos mediacionales en Psicología de la Música (1854-1938)*. [Tesis doctoral]. Madrid: UNED.

# NOTA SULLA RI-FORMA DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO IN ITALIA

Ciro Tarantino
*Università della Calabria. Dipartimento di Studi Umanistici.*

**Sommario**: In Italia sono ormai in via di definitiva dismissione gli ospedali psichiatrici giudiziari. Questa istituzione si era finora dimostrata sostanzialmente impermeabile al mutamento, tanto da resistere senza particolari danni al movimento di critica psichiatrica che nel 1978 ha portato l'Italia al superamento del sistema manicomiale civile. Oggi, la ri-forma di questi luoghi non può che interrogare sui mutamenti in corso nei codici culturali che sovraintendono alla relazione col non-Noi.

**Parole-chiave**: manicomio giudiziario, critica psichiatrica, codici culturali.

*Note on the re-form of criminal lunatic asylum in Italy*

**Abstract**: In Italy, criminal lunatic asylums are now definititvely writed off. This institution had so far proved to be substantially impermeable to change, enough to resist without any particular damage to the psychiatric critique movement that in 1978 brought Italy to the passing of the civilian asylum system. Today, the re-form of these places can only question the on going changes in the cultural codes that supervise the relationship with the non-Us.

**Keywords**: Criminal Asylums, Psychiatric Critic, Cultural Codes.

---

Comelles, Josep M.; Conejo, Antoni y Barceló-Prats, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 173–186. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

## *Introduzione*

Qui a Reus, tra le mura invisibili di questo manicomio e nell'antico splendore di questa sala del padiglione «*los distinguidos*», così in contrasto con la lugubre ospitalità degli asili dei poveri, vorrei provare a sintetizzare la portata e il motivo di fondo del processo di dismissione degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) che si sta lentamente concludendo in questi mesi in Italia.

L'istituzione è forse più nota con la denominazione di Manicomio giudiziario, in uso fino alla riforma dell'Ordinamento penitenziario del 1975, o con quella di Manicomio criminale, coniata e utilizzata nell'Ottocento dalla Scuola positiva di diritto penale; intrigante formula che lasciava inconsapevolmente nell'indistinzione se l'aggettivo qualificasse il luogo o la sua popolazione.

Con un certo tasso di approssimazione, si può dire che dal punto di vista giuridico l'istituzione sia stata deputata all'internamento di due principali tipologie di soggetti: i cosiddetti «folli-rei» e i «rei-folli», vale a dire le persone ritenute folli al momento della commissione di un reato e i detenuti impazziti nel corso della carcerazione. Si tratta dunque strutturalmente di un essere anfibio, che somma i tratti del carcere ai caratteri del manicomio.

Una ricostruzione storica compiuta ed esaustiva della nascita e della diffusione dell'istituzione in Europa non è ancora disponibile. Gli studi che abbiamo sono però largamente concordi nell'attribuire un diritto di primogenitura dell'istituzione all'Inghilterra. A seguito di una serie di aggressioni al re Giorgio III —che pure intratteneva una certa relazione con l'insania—, nel luglio 1800 viene approvato «l'Insane Offender's Act» che impone la custodia in appositi luoghi dei responsabili di omicidio o di alto tradimento riconosciuti folli al momento del delitto, «finché piaccia a sua Maestà». Il processo legislativo si completa poi col «Trial of Lunatics Act» del 1883, che riguarda le persone impazzite durante il processo, e col «Criminal Lunatics Act» del 1884, destinato ai detenuti incapaci per sopravvenuta infermità mentale di sottostare alla disciplina carceraria. Così la prima struttura che si attiva nel 1800 è una sezione speciale nell'asilo di Bedlam. Nel 1844 apre lo stabilimento privato di Fisherton-House, nel 1850 quello di Dudrum in Irlanda e nel 1858 quello di Perth in Scozia, mentre nel 1863 apre l'istituto di Broadmoor, vicino Londra. In Germania, tra il 1870 e il 1875, vengono aperte apposite sezioni per «rei-folli»

all'interno delle carceri di Bruchsal, Halle e Amburgo. Anche in Francia, nel 1876, si attiva una sezione speciale per alienati criminali ed epilettici presso la prigione centrale di Gaillon. Altri paesi europei, invece, a partire dagli anni '70 del XIX secolo istituiscono sezioni speciali nei manicomi comuni, così per esempio fa l'Olanda. Negli Stati Uniti il primo asilo speciale viene aperto nel 1855 ad Auburn, nello Stato di New York, a cui seguono analoghe strutture nel Massachusetts e in Pennsylvania. In Canada il primo manicomio criminale viene aperto nel 1877 (Nulli, 1887). Questa rapida carrellata per dire che, sostanzialmente in poco più di un ventennio, fra gli anni cinquanta e settanta dell'Ottocento, la nuova istituzione attecchisce in tutto il mondo occidentale.

In Italia, l'istituzione viene formalizzata nell'ordinamento giuridico solo nel 1891, con il Regolamento generale carcerario, ed è inizialmente destinata ai soli condannati colpiti da alienazione mentale in carcere. In realtà, già nel 1876, l'allora direttore generale delle carceri Martino Beltrani Scalia aveva istituito, con un atto amministrativo, una sezione per maniaci presso la casa penale per invalidi di Aversa, diretta da Gaspare Virgilio, e una struttura simile era sorta dieci anni dopo, nel 1886, a Montelupo fiorentino (Borzacchiello, 1997; Canosa, 1979).

La discussione sull'opportunità di una simile istituzione era però iniziata negli anni sessanta, in linea con la tendenza generale del dibattito internazionale. D'altronde, le nuove idee degli alienisti si intrecciavano particolarmente bene con le nuove richieste di ordine sociale che accompagnavano il processo di unificazione nazionale. Più di un brigante, ad esempio, finirà i suoi giorni in manicomio criminale (Rusticucci, 1925).

Fatto sta che già nel 1865 Cesare Lombroso scriveva:

> Tuttavia è desiderabile ad ogni modo che sorga da noi, pei casi più difficili, quella stupenda istituzione dei manicomi criminali, la quale può torre alla società, al giudice ed anche al perito, il pericolo, il rimorso, di condannare un malato o di assolvere un colpevole. Ivi si manderebbero tutti i casi meno accertabili di rei maniaci e maniaci rei, si terrebbero custoditi tutta la vita; e la società ne resterebbe molto meglio guardata che nol sia dagli ergastoli, dai quali esce il reo punito, ma non guarito, con la tendenza irresistibile alla recidiva ed anzi all'impeggioramento (Lombroso, 1865: 41).

Dunque, se si riconosce nella sezione per maniaci di Aversa il prototipo italiano dell'istituzione, questa oggi chiude abbondantemente centenaria, al termine di un processo legislativo e amministrativo lungo e arti-

colato, che inizia formalmente nel 1998 —quando si prospetta il passaggio della sanità penitenziaria al servizio sanitario nazionale— e che si avvia concretamente nel 2008; processo ambiguo e interessante, sul quale chiaramente non è possibile qui soffermarsi (Miravalle, 2015; Tarantino, 2015a).

Così l'Italia dopo aver da tempo chiuso i manicomi civili, destituisce ora i manicomi giudiziari. Si tratta certamente di un momento significativo e per nulla scontato, data la particolare resistenza dimostrata nel tempo da questa istituzione. Infatti, nella tensione fra crisi e critica che segna la storia manicomiale, per cui si registra una proporzionalità diretta fra critica «all'»istituzione e crisi «dell'»istituzione (Tarantino, 2015b), il manicomio giudiziario non aveva mai dato concreti segni di cedimento. In effetti, questa concrezione istituzionale, duratura e granitica, è uscita pressoché indenne, nel suo profilo materiale quanto nel sistema della sua stessa pensabilità, dal movimento di critica psichiatrica che ha portato, in Italia, al superamento del sistema manicomiale civile negli anni settanta. Istituzione della dismisura, si èconcessa ogni eccesso, rinascendo rinnovata da ogni scandalo, e non ne sono certo mancati. Ricordo per esempio che non l'ha scalfita essere stata una sorta di speciale misura alternativa al carcere per gli uomini della criminalità organizzata, che qui hanno a lungo e piacevolmente soggiornato (De Rosa, 2011; De Rosa e Galesi, 2013), così come non l'ha intaccata essere stata ed essere identificata come luogo puro della violenza, letto di morte civile e giaciglio di quella fisica, come per Antonia Bernardini che muore a seguito delle ustioni riportate nel rogo del suo letto di contenzione in una cella della sezione «Agitate e coercite» del manicomio giudiziario di Pozzuoli, vicino Napoli, nel 1974.

Ora, come in tutti i casi di soppressione delle istituzioni totalitarie, la chiusura di questi luoghi apre immediatamente una serie di questioni. Le principali mi sembrano quelle attinenti a tre dimensioni dello spazio. Si pone, in primo luogo, una questione di spazio fisico, che riguarda il futuro dei luoghi, i quali possono essere restituiti alla città o destinati a incarnare un'altra smorfia della paura. Si pone poi una questione che definirei di spazio di archiviazione, di spazio mnemonico: il problema cioè di se e come costruire e trasmettere questa specifica memoria della segregazione, legata in questo caso al dispositivo psichiatrico-giudiziario.[1] Si pone infine

1 Per inciso, su questo aspetto, col Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia e con il Ministero dei Beni culturali stiamo lavorando per istituire un Archivio storico nazionale del Manicomio giudiziario.

e soprattutto una questione di spazio simbolico: come e dove, in assenza di questi luoghi, la società definirà la forma di relazione fra il Noi e il non-Noi, dato che per quasi un secolo e mezzo questa istituzione è stata il principale apparato di identificazione e definizione del non-Noi, probabilmente del più estremo fra i non-Noi che le nostre società individuano, quello della follia delinquente.

Questa particolare forma simbolica (Cassirer, 1923) —espressione sensibile di un contenuto intellettuale— è stata infatti, lungo tutto il corso della storia d'Italia unita, l'estremo istituzionale. Luogo estremo per soggetti estremi. Nella «topologia dell'immaginario» custodiale (Balandier, 1991: 123), l'OPG ha incarnato senz'altro lo spazio ultimo e residuale, calco e stampo, a un tempo, dei propri soggetti; una istituzione frontaliera e doganale dell'umano. Questa macchina mitologica (Jesi, 1996; 2001; 2007), che lavora i margini e la struttura del senso e del non senso sociale, ha avuto mandato di stoccaggio dell'alterità assoluta, incarico di confino dell'esperienza-limite dell'Altro. È qui che i cartografi dell'imperatore hanno, di volta in volta, registrato la tensione massima a cui sottoporre il sistema sociale di coerenze e identità. È stata questa la sede abilitata a tracciare i confini dell'umano e la sua gerarchia inversa, i suoi tipi di variazione, le sue soglie di differenza. Riserva del mostruoso, in cui se ne sono definiti il regime di visibilità e il sistema di riconoscibilità, questa immensa tramoggia sociale vaglia da sempre le figure del disordine e filtra «l'esperienza nuda dell'ordine» (Foucault, 1994: 11).

Data questa funzione simbolica, risulta evidente che ogni cambiamento di un tale apparato istituzionale —e tanto più la sua chiusura— deve interrogare sui mutamenti in corso nei codici e nelle pratiche culturali che presiedono ai meccanismi di controllo e difesa sociale. La trasmutazione dell'Opg, infatti, non può che essere indice e conseguenza di un'alterazione nella composizione e nella distribuzione delle forze che articolano questo specifico dispositivo di governo della pericolosità sociale.

Se allora si osserva la fenomenologia dell'attuale dismissione, direi che si produce nell'intreccio di un elemento statico e di una tendenza dinamica: la permanenza dei presupposti giuridici dell'internamento e la modificazione del luogo di esecuzione della misura di sicurezza. Sostanzialmente immutato il regime della non imputabilità e della pericolosità sociale, all'architettura ingombrante di stampo ottocentesco, si sostituiscono le REMS —Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza—, struttu-

re di dimensioni ridotte, con assistenza a carattere sanitario, strutture alle quali gli internati vengono assegnati per prossimità territoriale.

In sintesi, si modifica lo spazio di gestione degli internati, ma non muta lo statuto giuridico e antropologico del folle, ancora imperniato sulle equazioni di incapacità e pericolosità. Si tratta di un cambiamento già molto in ritardo sulle proprie possibilità, dato che da tempo la disponibilità di nuovi strumenti di controllo del clamore e del malumore e la messa a punto di nuovi sistemi di organizzazione dei servizi hanno preparato una diversa curvatura dello spazio manicomiale. A proposito della rivoluzione farmacologica, già nel 1964 Foucault scriveva che la malattia mentale, «senza dubbio alcuno, sta per entrare in uno spazio tecnico sempre meglio controllato: negli ospedali la farmacologia ha già trasformato le camerate degli agitati in grandi acquari tiepidi» (Foucault, 2011: 770). E, nel 1981, Robert Castel divulgava la nuova formula di governo psichiatrico del sociale, organizzata attorno ai poli alternati della prevenzione dei rischi e della programmazione della presa in carico (Castel, 1981; 1983).

D'altra parte, che il processo di superamento degli OPG si configuri prima di tutto come una rideterminazione dello spazio di custodia, sembra comprovato anche dal graduale movimento giurisprudenziale che lo ha accompagnato, rinforzando la cosiddetta «posizione di garanzia» in capo allo psichiatra fino a considerarlo responsabile dei comportamenti delittuosi dei suoi assistiti, che si trovano così nella strana condizione di essere ritenuti, nello stesso tempo, più prevedibili e più imprevedibili del resto della popolazione; un semplice aggiornamento, probabilmente, dell'omessa custodia degli alienati di mente, sanzionata dagli artt. 714 e 715 del codice penale italiano fino al 1978 (Dodaro, 2011; Pozzi, 2015).

D'altronde, era improbabile che andasse altrimenti. Difficilmente potrebbe essere questo il tempo di un ampliamento della soggettività del folle e della rinuncia sociale allo statuto di pericolosità della follia. Un'antica storia ritiene la follia l'esperienza raccolta nello spazio graduato fra il polo della *dementia* e quello del *furor*, in funzione del tasso di pericolosità (Zuccotti, 1992). Ma si badi che si tratta di una scala a zero soppresso, come un termometro clinico, in cui il campo di misura non comprende il valore «0» della grandezza, dato che non ci sarebbe un grado zero di pericolosità nella follia, ma solo suoi valori incrementali. In questa chiave, il manicomio si configura come il trattamento piretico-sociale che si pratica al superamento di una certa soglia di pericolo, mentre il tipo di manicomio, civile o giudiziario, è funzione della qualificazione sociale

dei rischi. In effetti, per molto tempo, non si è neanche avvertita l'esigenza di un manicomio criminale e, quando se ne è proposta l'istituzione, è stato per assecondare una esigenza di mansuetudine totalmente interna alla gestione dell'ordine carcerario, che si è voluto credere corrispondesse alla separazione del reo dal reo-folle (Musco, 1978; Canosa, 1979; Manacorda, 1982). Ma a lungo manicomio civile e manicomio criminale hanno convissuto in una zona di indistinzione. Sarà sufficiente ricordare che la legge n. 36 del 1904 —in vigore fino al 1978— prevedeva la pericolosità, a sé o agli altri, quale presupposto dell'internamento anche in manicomio civile, e che, fino al 1968, resterà in vigore l'obbligo «dell'annotazione dei provvedimenti di ricovero degli infermi di malattie mentali e della revoca di essi nel casellario giudiziario» (art. 604, comma 2, cpp), come per i condannati.

Ora, per quanto il movimento di critica anti-istituzionale abbia a lungo lavorato per scardinare le equazioni di pericolosità (Dell'Acqua e Mezzina, 1988; Venturini, Casagrande, Toresini, 2010), è come se ne avesse intaccato dei picchi, senza riuscire a rimuovere il *continuum* che attraversa l'intero scalogramma degli atteggiamenti nei confronti della follia (Cozza e Fiorillo, 2002).

Probabilmente la radice di una tale permanenza di pericolosità è da rintracciare nella costante identificazione nel folle del paradigma del soggetto non-proprietario. Infatti, se il folle non ha un grado zero di pericolosità, è però il grado zero della proprietà; tra i soggetti non proprietari, è colui che non possiede neanche sé stesso. Non si possiede, è posseduto, secondo una tradizione che permea la nostra storia dalla Grecia dell'età classica alle neuroscienze (Starobinski, 1974; Guidorizzi, 2010). D'altronde, ancora oggi, padre Amorth, decano degli esorcisti della diocesi di Roma, prima di procedere col rito, visiona l'anamnesi psichiatrica del soggetto per valutare se sia posseduto dalla patologia mentale o dal demonio (Amorth, 1996).

In quanto non padrone di sé, il folle è la differenza radicale dal soggetto proprietario, ragione della modernità (Macpherson, 1962; Santoro, 1999; Castel e Haroche, 2001). E se la soglia di animalità, ancora con Heidegger, è nella povertà di mondo, qui si annida la sua prossimità animale (Agamben, 2002; Esposito, 2007).

Ma l'Improprio, in quanto opposizione pura all'universo proprietario, è anche infame, cioè, nel lessico teologico-politico che ancora ci appartiene, soggetto reputato inaffidabile sul piano sociale e inattendibile in

campo giudiziario (Todeschini, 2007; Migliorino, 1985; 2008: 62-83; Pavarini, 2006). Qui risiede la sua pericolosità strutturale, la sua radice criminogena: non è uomo di parola, il suo verbo è revocabile e non impegnativo. Non è soggetto a cui si può dar credito, perché è sempre dubbia la sua capacità di saldare il proprio debito (Tarantino, 2016). Non rimette a noi come noi ai nostri. Non a caso, all'internamento manicomiale non si applica il lessico economico-politico della reclusione; mentre il detenuto, espiata la propria condanna, ha «regolato i conti» con la giustizia, non è previsto che un internato possa «scontare» la propria pena o «saldare» il proprio debito con la società. Per questa sorta di tendenziale inaffidabilità, la misura di sicurezza ha storicamente previsto un termine minimo di custodia ma non un massimo. Solo di recente, la Legge n. 81/2014 ha introdotto un limite di durata per le misure di sicurezza detentive pari a quello della pena edittale massima, con un intervento teso ad arginare il fenomeno dei cosiddetti «ergastoli bianchi» ma senza nessuna intenzione di intervenire sull'idea di pericolosità (art. 1-quater). Dunque, nell'internamento psichiatrico-giudiziario l'ideologia del debito è sospesa, —come ricostruito da Louis Althusser nell'autoanalisi del trattamento psichiatrico-giudiziario del proprio uxoricidio (Althusser, 1992)— perché il folle è il paradigma dell'individuo inaffidabile, e la crisi del debito sovrano di questi anni apre uno spazio di visibilità che lascia pochi dubbi sull'attualità e la necessità dell'infame nella regolazione dei rapporti di comunità.

In base a quanto detto, probabilmente in Italia più che la soppressione di una forma —la forma manicomio giudiziario—, è allora in corso una sua rimodulazione, una sua nuova piega, una Ri-Forma. L'ospedale psichiatrico giudiziario sta subendo una deformazione fisica più che logica, tanto che non sappiamo se stiamo effettivamente assistendo alla sua fine o alla sua disseminazione miniaturizzata. In altra occasione, per descrivere questo momento ho ripreso la metafora della lumaca in uso per i luoghi di custodia fra Seicento e Settecento, chiedendomi se stia davvero morendo, lasciando vuoto il proprio guscio, o se con lenta destrezza stia spostando altrove la propria fortezza portatile (Tarantino, 2014).

In prospettiva storica, la riforma in atto mi pare allora sostanzialmente inquadrabile come l'ultimo degli spasmi di umanizzazione del trattamento della follia che ciclicamente hanno investito il campo asilare, a iniziare dal gesto inaugurale, mitico e fondativo di Pinel. Gli atti della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale —a fondamento della riforma— mi sembrano

molto espliciti in questa direzione, così come il fatto che il tema entri a far parte del programma della Commissione solo a ridosso delle visite ispettive del Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti.

Si prenda, a titolo di esempio, il resoconto dell'esito di un sopralluogo a sorpresa che una delegazione della Commissione effettua negli ospedali psichiatrici giudiziari di Barcellona Pozzo di Gotto e di Aversa nel giugno 2010. Dichiara il Presidente della Commissione al termine delle visite:

> Devo purtroppo dirvi che ciò che abbiamo avuto modo di vedere è tale da destare sconcerto, turbamento e profonda indignazione: celle luride e affollate al di là della soglia di tollerabilità; internati seminudi e madidi di sudore a causa della temperatura torrida, per lo più sotto l'evidente effetto di forti dosi di psicofarmaci; servizi igienici in uno stato indescrivibile; penuria di agenti della polizia penitenziaria e pressoché totale assenza di medici psichiatri e psicologi; fatiscenza delle strutture, ai limiti —e talora oltre il limite— della agibilità; contenzioni in atto, adottate con metodiche inaccettabili e non refertate sugli appositi registri; internati in uno stato di evidente prostrazione psicofisica e affetti da patologie, diverse da quella mentale, sostanzialmente non curate (sen. Ignazio Marino in Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, 2009: 12).

Mi pare che il documento sintetizzi bene l'ordine delle criticità che si impone all'attenzione della Commissione come oggetto su cui intervenire: in discussione non è la logica istituzionale ma lo stato dell'istituzione, il degrado, la fatiscenza e l'inadeguatezza di luoghi e trattamenti. In questo quadro, la forma-istituzione è da modificare perché ormai incapace di auto-rigenerarsi e garantire adeguate condizioni di vita e di cura. Una maggioranza parlamentare si aggrega contro degrado e dissenso del decoro (Pitch, 2013) e approva una riforma a matrice igienico-sanitaria, che ripropone l'appartenenza storica della psichiatria all'igiene pubblica (Foucault, 1978; 1999).

Quello che si attiva è un certo umanitarismo vittimario che si propone oggi come principio degli interventi sociali interni, dopo essere stato a lungo sperimentato in campo internazionale. Così, per poter modificare la struttura consolidata dell'OPG, si rinchiude l'internato nelle condizioni totalizzanti di vittima e malato, gli si recide la possibilità di essere congiuntamente oggetto di trattamento inumano e soggetto autore di reato,

con una sorta di *Spaltung* della personalità sociale. L'effetto è che se ne riduce ulteriormente il tasso di soggettività mentre se ne aumenta il grado di umanità.

In sostanza, la riforma mette in discussione le condizioni manicomiali, ma non la condizione manicomiale. Non confonderei le due cose: il manicomio non è riducibile al degradante e al degradato, che ne sono piuttosto tattiche o conseguenze. Proprio la magnificenza maiolicata di questi edifici lasciatici da Lluís Domènech i Montaner ci insegna che il manicomio non è un luogo ma una pratica di relazioni.

Non è un caso, invece, che «Morire di classe», che nel 1969 fotografa la realtà dell'istituzione tramite gli scatti di Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin, porti come sottotitolo «La condizione manicomiale», che è in primo luogo la sua condizione di possibilità (Basaglia e Ongaro Basaglia, 1969).

In ottica comparativa, direi allora che nell'attuale riforma è largamente assente l'elemento più radicale che aveva accompagnato il movimento per la soppressione del manicomio civile negli anni sessanta e settanta, cio è la messa in tensione della relazione sociale con la follia. Allora, si era messa in discussione la condizione manicomiale stessa, i suoi presupposti e la sua logica pratica, tanto che il fulcro della legge 180 è certamente condensato nella disconnessione di ogni legame e associazione possibile fra trattamento e pericolosità della follia.

La nuova riforma non incide invece sullo statuto della follia, non rimette in discussione il rapporto che la società instaura con la follia. Si avverte così un deciso rattrappimento della dimensione critica che aveva caratterizzato il movimento antiistituzionale: per Basaglia, infatti, il rapporto della società con la follia non doveva essere ridotto né a un problema medico-scientifico, né a un problema tecnico-organizzativo, né a un problema politico-amministrativo. La follia doveva rimanere anche un eccesso, uno scarto, dal quale interrogare, mettere in tensione e forzare continuamente il rapporto con forme di soggettivazione più ampie e con l'arbitrarietà storica della norma sociale.

Per questo la critica radicale dell'istituzione segregante non coincide e non si riduce alla sua umanizzazione. La morale umanitaria raggrinzisce, richiude e imbriglia il rapporto con la follia. Conferma gli ordini costituiti e li riporta nei margini di tollerabilità. Sollecita, produce e consuma scandalo perché interviene sugli eccessi e le distorsioni di sistema, non sul sistema. Nel 1971, in un dibattito sul campo attiguo del carcere,

Foucault ha detto: «Sul sistema penitenziario, l'umanista direbbe: "I colpevoli sono colpevoli, gl'innocenti innocenti. Resta nondimeno vero che un condannato è un uomo come gli altri e che la società deve rispettare quel che d'umano c'è in lui: per conseguenza, sciacquoni!"» (Foucault, 1977: 64). Ebbene, persino Lombroso, sommo ispiratore e fervido sostenitore dell'istituzione in Italia dei manicomi criminali, non aveva difficoltà nel 1903 a scrivere che ve ne era in Aversa uno «che potrebbe chiamarsi una immensa latrina» (Lombroso, 1903: 94).

## *Bibliografia*

Agamben, Giorgio (2002) *L'aperto. L'uomo e l'animale*. Torino: Bollati Boringhieri.

Althusser, Louis (1992) *L'Avenir dure longtemps suivi de Les Faits. Autobiographies*. Paris: Stock.

Amorth, Gabriele (1996) *Esorcisti e psichiatri*. Bologna: EDB.

Balandier, Georges (1991) *Il disordine. Elogio del movimento*, a cura di Annamaria Rivera. Bari: Dedalo; ed. or. (1988) *Le Désordre. Éloge du mouvement*. Paris: Fayard.

Basaglia, Franco e Ongaro Basaglia, Franca (a cura di) (1969) *Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*. Torino: Einaudi.

Borzacchiello, Assunta (1997) «Ospedali psichiatrici giudiziari. Storia e legislazione». In Pugliese, Giovanna e Giorgini, Giovanna, (a cura di) (1997) *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari. Un'inchiesta e una proposta*. Roma: Datanews.

Canosa, Romano (1979) *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*. Milano: Feltrinelli.

Cassirer, Ernst (1923) *Philosophie der symbolischen Formen*. Oxford: Bruno Cassirer.

Castel, Robert (1981) *La Gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Éditions de Minuit.

— (1983) «De la dangerosité au risque». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 47-48: 119-127.

Castel, Robert e Haroche, Claudine (2001) *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne*. Paris: Fayard.

Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale - Senato della Repubblica (2009) *Resoconto stenografico n. 12*, 1 aprile.

Cozza, Massimo e Fiorillo, Gian Piero (2002) *Il nostro folle quotidiano. Indagine sulla rappresentazione della follia e della malattia mentale*. Roma: manifestolibri.

De Rosa, Corrado (2011) *I medici della camorra*. Roma: Castelvecchi.

De Rosa, Corrado e Galesi, Laura (2013) *Mafia da legare. Pazzi sanguinari, matti per convenienza, finte perizie, vere malattie: come cosa nostra usa la follia*. Milano: Sperling & Kupfer.

Dell'Acqua, Giuseppe e Mezzina, Roberto (a cura di) (1988) *Il folle gesto. Perizia psichiatrica, manicomio giudiziario, carcere nella pratica dei servizi di salute mentale a Trieste*. Roma: sapere 2000.
Dodaro, Giandomenico (a cura di) (2011) *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*. Milano: FrancoAngeli.
Esposito, Roberto (2007) T*erza persona. Politica della vita e filosofia dell'impersonale*. Torino: Einaudi.
Foucault, Michel (1977) «Al di là del bene e del male». In Id., *Microfisica del potere. Interventi politici*, a cura di Alessandro Fontana e Pasquale Pasquino. Torino: Einaudi, pp. 55-70; ed. or. (1971) «Par-delà le bien et le mal». *Actuel*, 14: 42-47.
— (1978) «About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th Century Legal Psychiatry». *Journal of Law and Psychiatry*, I: 1-18.
— (1994) *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*. Milano: Rizzoli; ed. or. (1966) *Les Mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*. Paris: Gallimard.
— (1999) *Les Anormaux. Coursau Collège de France 1974-1975*. Paris: Seuil/Gallimard.
— (2011) «La follia, l'assenza di opera». In Id., *Storia della follia nell'età classica*, a cura di Mario Galzigna. Milano: Bur, pp. 760-770; ed. or. (1964) «La folie, l'absence d'oeuvre». *La Table ronde*, 196: 11-21.
Guidorizzi, Giulio (2010) *Ai confini dell'anima. I Greci e la follia*. Milano: Raffaello Cortina.
Jesi, Furio (1996) *Lettura del "Bateau ivre" di Rimbaud*. Macerata: Quodlibet.
— (2001) *Materiali mitologici. Mito e antropologia nella cultura mittel europea*. Torino: Einaudi.
— (2007) *L'accusa del sangue. La macchina mitologica antisemita*. Torino: Bollati Boringhieri.
Lombroso, Cesare (1865) «La medicina legale delle alienazioni mentali studiata col metodo esperimentale». *Gazzetta medica italiana - Province venete*, ser. VIII, 27-30: 5-41.
— (1903) *Il momento attuale*. Milano: casa editrice Moderna.
Macpherson, Crawford Brough (1962) *The Political Theory of Possessive Individualism: Hobbes to Locke*. Oxford:Clarendon Press.
Manacorda, Alberto (1982) *Il manicomio giudiziario. Cultura psichiatrica e scienza giuridica nell astoria di un'istituzione totale*. Bari: De Donato.
Migliorino, Francesco (1985) *Fama e infamia. Problemi della società medievale nel pensiero giuridico nei secoli* xii *e* xiii. Catania: Giannotta.

Migliorino, Francesco (2008) *Il corpo come testo. Storie del diritto*. Torino: Bollati Boringhieri.
Musco, Enzo (1978) *La misura di sicurezza detentiva. Profili storici e costituzionali*. Milano: Giuffrè.
Nulli, Raffaele (1887) *Una visita al nuovo manicomio criminale dell'Ambrogiana e l'istituzione dei manicomi criminali in Italia*. Milano: Tipografia della Perseveranza.
Pavarini, Massimo (2006) «La neutralizzazione degli uomini inaffidabili. La nuova disciplina della recidiva e altro ancora sulla guerra alle "unpersonen"». *Studi sulla questione criminale*, 2: 7-29.
Pitch, Tamar (2013) *Contro il decoro. L'uso politico della pubblica decenza*. Roma-Bari: Laterza.
Pozzi, Euro (2015) «Posizione di garanzia: premessa necessaria per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari». *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3: 480-486.
Rusticucci, Luigi (1925) *Nelle galere*. Napoli: Società editrice partenopea.
Santoro, Emilio (1999) *Autonomia individuale, libertà e diritti. Una critica dell'antropologia liberale*. Pisa: Ets.
Starobinski, Jean (1974) *Trois fureurs*. Paris: Gallimard.
Tarantino, Ciro (2014) «La strategia della lumaca. Appunti sulla dismissione degli ospedali psichiatrici giudiziari». In Tarantino, Ciro e Straniero, Alessandra M. *La Bella e la Bestia. Il tipo umano nell'antropologia liberale*. Milano-Udine: Mimesis, pp. 77-96.
— (2015a) «Il cadavere di Utopia. Minimalismo politico e riforma degli ospedali psichiatrici giudiziari». In Simonetta, Stefano (a cura di) (2015) *Utopia e carcere*. Napoli: Editoriale Scientifica, pp. 141-154.
— (2015b) «Mnemotopica del manicomio. Memoria volontaria e forme di vita in commune». In Tarantino, Ciro e Givigliano, Alfredo, (a cura di) *Le forme sociali*. Macerata: Quodlibet, pp. 65-80.
— (2016) «L'individuo inaffidabile». *Aut Aut*, 370: 116-123.
Todeschini, Giacomo (2007) *Visibilmente crudeli. Malviventi, persone sospette e gente qualunque dal Medioevo all'età moderna*. Bologna: il Mulino.
Zuccotti, Ferdinando(1992) *"Furor haereticorum". Studi sul trattamento giuridico della follia e della persecuzione della eterodossia religiosa nella legislazione del tardo impero romano*. Milano: Giuffrè.
Venturini, Ernesto; Casagrande Domenico e Toresini, Lorenzo (2010) *Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente*. Milano: FrancoAngeli.

# NOTE SULLE LOGICHE ISTITUZIONALI PER IL GOVERNO DELL'«IN-CURA SUI»

Ciro Pizzo
*Università degli Studi «Suor Orsola Benincasa» di Napoli*

**Sommario**: Il testo vuole indagare la «cura sui» e in particolare le modificazioni degli statuti dei soggetti internati nei manicomi che diventano il campo liminare di sperimentazione di forme di attivazione lavorativa proprie di un welfare a venire al momento della legge 180/1978, che sposta in una zona grigia tra sanità e lavoro i soggetti, riconoscendo la possibilità di una *cura sui* extraistituzionale ma che trasforma in terapia il percorso di accesso alla chiave di ingresso nella società, cioè il lavoro.

**Parole chiave**: cura sui, manicomi, *welfare*.

*Notes on institutional logics for government of the «in-cura sui»*

**Abstract**: The text intends to investigate the «cura sui», with particular attention to changes in the statutes of the subjects interned in asylums that become the field of borderline forms of employment activation, experimentation typical of a welfare state to come at the time of the law 180/1978, which moves subjects in a gray area between health and working, recognizing the possibility of extra-institutional cura sui and that turns into therapy the access path to the input key in society, that is the work.

**Keywords**: Cura sui, Asylums, Welfare.

Comelles, Josep M.; Conejo, Antoni y Barceló-Prats, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 187–203. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

## *Premessa*

Il testo parte da un passaggio storico in Italia, quello della chiusura degli OPG —gli Ospedali Psichiatrico Giudiziari— o meglio del loro «superamento» che dovrebbe segnare la cancellazione di questa struttura che pure aveva resistito anche alla chiusura dei manicomi civili e all'ondata anti-istituzionale che aveva portato proprio a quella chiusura, con la legge 180 del 1978, detta, impropriamente, «Legge Basaglia».

I concetti cardine del testo che si propone sono tre, tra loro strettamente intrecciati: logiche istituzionali; governo; «in-cura sui».

Forse conviene partire da questi ultimi due. Se vogliamo infatti capire il radicale problema dell'*in-cura sui* dobbiamo risalire all'intreccio tra governo e *cura sui*, al cuore del problema dei processi di soggettivazione interni ai dispositivi di governo, appunto, dispiegati in ogni gruppo gerarchizzato, piccolo o grande che sia. In tal senso, soggetto può dirsi colui su cui poggia la possibilità di una realtà dotata di senso, colui che funge da *primus*, motore primo, del mondo vitale di quanti gli si affidano, che diventano così sì soggetti, ma in minor grado, potremmo dire.

Si tratta di un tema centrale nella storia della cultura occidentale, che ha conosciuto alcuni momenti chiave che conviene subito richiamare, seppure rapidamente, perché il processo di cui si verrà a parlare deve far fronte proprio alla fortissima tradizione che discende da questa costruzione. Se la tradizione vuole che l'idea di soggetto e la centralità del soggetto risalga a Cartesio, punto di svolta della filosofia occidentale proprio per la sua assunzione del *cogito* come fulcro di qualsiasi pensiero possibile della realtà, possiamo subito dire che la svolta cartesiana consiste soprattutto nella saldatura soggetto-coscienza, consegnando così coloro che non sono coscienti alla non-soggettività, affermando così con forza il carattere razionale del soggetto e irrazionale di coloro che soggetti non possono dirsi. Ma questa idea che tiene assieme soggetto e razionalità cosciente si staglia su uno sfondo che rimanda a una tradizione razionalista di più lunga durata, aggiungendo così un ulteriore elemento alla tradizionale considerazione dell'uomo —che fa tutt'uno con il soggetto *pleno jure*— come uomo razionale.

Se risaliamo alla riflessione aristotelica, per esempio, per soggetto si intende ciò che «sta-sotto», ma non semplicemente nei termini di una topologia, perché cioè che sta sotto è anche il fondamento di ciò che, in contrapposizione al soggetto, si appoggia su quanto sta sotto, che lo sostiene.

Questa idea di un sostrato cui aderiscono le varie attribuzioni o modalità che possono intendersi quali dispiegamenti di intenzionalità di questo nucleo fondamentale, intenzionalità che attengono alla sfera del pensiero e della pratica, per esempio, rimanda all'idea di una sostanza, cioè qualcosa che sussiste stabilmente e permette di riconoscere un nucleo che intreccia volontà e pensiero, un nucleo individuale cui attiene una responsabilità, se vogliamo anticipare alcune considerazioni successive.

> Soggetto non è solo ciò che sta sotto, e rispettivamente, ciò su cui grava qualcosa, ma è l'unità complessiva di ciò che è, il dato obiettivo, ciò che si offre; è da un punto di vista logico-argomentativo ciò intorno a cui si verte. Questo significato è ricavabile dall'uso inglese di *subject* e in genere da quel tipo di impiego che assume il soggetto con valore equivalente a dato, o come argomento su cui discutere. Ciò sottolinea non tanto l'argomento della fondamentalità quanto quello dell'obiettività. La parola quindi non è indicativa solo di un qualcosa che sta sotto, che è a fondamento, ma anche di una dimensione più propriamente obiettiva, quella del dato (Natoli, 1996: 54).

Importante quindi tener presente questo complesso intreccio di dimensioni che attengono al soggetto nel pensiero aristotelico, che congiunge il soggetto logico e il soggetto reale, facendone così il legale costruttore dell'ordine logico del mondo, poiché è il soggetto legale e logico di ogni predicazione possibile. Questa attenzione al soggetto reale e concreto permette di non chiuderlo in una idealità assoluta ma di tener conto della necessaria apertura alla dialettica tra limite e illimite, che in questo caso prendono la forma della dialettica tra materia e forma, nozioni chiave del pensiero aristotelico. Il soggetto diventa così un nodo problematico calato ogni volta in un contesto storico e in un contesto materiale che cerca di definire attraverso processi formalizzanti e formali, dando così ordine al mondo. In tal senso si capisce come possa agire anche sullo sfondo dell'idea cartesiana del fulcro e dell'origine del mondo, un origine che dà le coordinate legali alla *res extensa*.

Questa estensione è una caratteristica essenziale del corpo, ulteriore elemento rispetto alla mente nel *sinolo* individuale che costituisce l'uomo. Ma vediamo l'analisi che conduce Heidegger dell'idea di *res extensa* cartesiana.

> Ciò che […] costituisce l'essere della res corporea è l'extensio, l'omnimodo divisibile, figurabile et mobile, ciò che può mutare secondo i modi della divisibilità, della figura e del moto, ciò che è capax mutationis e che in tutti questi

mutamenti rimane tale, remanet. Ciò che in una cosa corporea è capace di questa costante permanenza costituisce in l'essa l'ente autentico, cioè la sostanzialità di questa sostanza.

E ancora:

L'idea di essere su cui si fonda la caratterizzazione ontologica della *res extensa* è la sostanzialità. *Per substantiam nihil aliud intelligere possumus, quam rem quae ita existit, ut nulla alia re indigeat ad existendum*. Per sostanza non possiamo intendere al che che un ente il quale *è tale* che, *per essere*, non abbisogna di alcun altro ente. L'essere di una «sostanza» è caratterizzato dall'autosufficienza come non bisognosità (Heidegger, 1976: 122).

Questa idea di non bisognosità è quella che anche contraddistingue l'idea del soggetto di pieno diritto, che fa la differenza tra chi ha e chi non ha, tra chi è uomo oppure è uomo di qualcuno, potremmo dire, cioè è in condizione di dipendenza. Il soggetto legale è anche il soggetto idealtipico del diritto, è colui che è proprietario di sé e pertanto titolare dei diritti su di sé ma anche su quanti dipendono da lui, incarnando il buon *pater familias*. Ma questo *pater familias* è anche l'*oikonomos* degli antichi greci, cioè colui che gestiva l'*oikos*. Si tratta del soggetto libero e capace di gestire le differenti relazioni con moglie, figli e servi all'interno di quella che è una vera e propria azienda familiare (Agamben, 2007).

Mi sembra che questo riferimento all'*oikos* apra anche al riconoscimento della centralità dell'appropriarsi del mondo, attraverso la capacità di provvedere al bene comune della collettività, la collettività «privata» dell'*oikos* prevedendo i fattori contingenti, con il riferimento alla sfera comunque privata del signore che distingue l'*oikinomos* dal *politikos*. Soggetto è colui che è capace di *cura sui*, l'autentico soggetto, per incrociare le analisi proposte da Foucault e da Heidegger, è colui che può prendersi autenticamente cura di sé, chi, gettato nel mondo, può assumersi, se così si può dire, la *Sorge*, può far corrispondere la dimensione ontica alla propria costitutiva dimensione ontologica, un soggetto in cui l'autentico *beruf* —l'autentica *vocatio*— può svolgersi e portare così al riconoscimento della propria soggettività e del proprio progetto di vita. Cioè vero soggetto è colui che realizzando la propria capacità di appropriarsi del mondo, può esistere positivamente come individuo:

esistere positivamente come individuo vuol dire, mi sembra, avere la capacità di sviluppare delle strategie personali, disporre di una certa libertà di scelta nel condurre la propria vita perché non si dipende da altri. Credo sia pressap-

> poco la stessa definizione che ne dà Locke, vale a dire il non essere uomo di nessuno, cioè, per la sua epoca, non essere preso in quelle relazioni che caratterizzano quelle che Louis Dumont chiamava le società olistiche, strutturate secondo relazioni tradizionali di soggezione tra le persone. In questo senso, essere un individuo —ed è l'atto di nascita dell'individuo moderno— vuol dire non essere più in quella posizione in cui si esiste sempre in riferimento a un altro. Ed è per questo che, piuttosto che di un sentimento o di una percezione di sé […] è questione qui di un'attività di appropriazione, che è la condizione di possibilità della proprietà di sé, e pertanto della coscienza, dei sentimenti, ecc. Ed è anche per questo che l'affermazione dell'individuo è strettamente connessa con il lavoro, con quello che Dumont chiama il "rapporto con le cose". […]. Vi è così la simultaneità tra la scoperta dell'indipendenza dell'uomo dalle tutele tradizionali e quella della sua capacità di affermazione come operante nel mondo (Castel, Haroche, 2013: 38-39).

Si può vedere con chiarezza come attorno a questo nucleo che va sotto il nome di soggetto si annodino diversi modi di leggere questa capacità di agire liberamente nel mondo e come si rafforzino attorno a questo punto nevralgico della nostra esperienza del e nel mondo le idee che provengono da differenti tradizioni di pensiero. Possiamo inserire in questa tradizione l'idea che sia soggetto colui che, mettendo tra parentesi il «mondo dato», potendo esercitare coscientemente una *epochè*, una sospensione del giudizio circa la realtà, può progettare, a partire dalle cose stesse, la propria vita, intenzionalmente. Si tratta di un'idea che si pone all'incrocio tra le istanze dell'esistenzialismo e le istanze del marxismo, prendendo da quest'ultima tradizione l'idea della prassi, e trovando forse in Sartre un punto di congiunzione essenziale. E Sartre, col suo tentativo di tenere assieme le istanze dell'esistenzialismo e del marxismo, influenzerà non poco Basaglia ed altri esponenti del movimento anti-istituzionale.

Siamo cioè di fronte a un momento di rottura con l'idealismo novecentesco, che viene colpito sul piano etico e sul piano filosofico, potremmo dire. Da una parte si assiste al diffondersi di movimenti che vedono non più nello Stato e nell'Istituzione l'incarnazione dell'Eticità, mettendo in rilievo le istanze del soggetto inteso come *Dasein*, sia nella sua dimensione etica che esistenziale, forte anche dell'idea dell'abisso che l'immagine ottocentesca del soggetto cerca di mascherare, cioè dell'idea diffusa in tanti letterati ed artisti a cavallo tra Ottocento e Novecento che, al di là di quella che si rivela essere la maschera del soggetto razionale, c'è un teatro dove va in scena una battaglia costante tra le diverse istanze dello

spirito, dell'io, convergendo così in una critica all'egemonia del soggetto razionale quale siamo venuti fin qui rintracciando attraverso la ripresa di Aristotele e Cartesio e la loro costruzione del soggetto legale signore di sé e della realtà, vera incarnazione dell'Idea. Dall'altra si incrocia con la critica alla visione astratta dell'idealismo che non vede o non vuol vedere la violenza e la potenza delle ideologie, che mascherano, dietro la loro razionale finzione, quelli che sono ben concreti rapporti di forza, egemonie economiche e sociali che si impongono e si naturalizzano capillarmente in ogni aspetto della vita quotidiana. Congiunzione che avrà forse un momento epocale di consapevolezza a seguito delle Guerre mondiali, in particolare della Prima che svelerà, in tutta la sua forza, l'inumanità di quel mondo venuto fuori proprio da quel progetto di società ottocentesco che verrà messo sotto accusa perché costitutivamente «inumano» e alienante. Siamo cioè di fronte a una diffusa percezione che la traiettoria della linea del progresso, al cui apice si stagliava trionfante l'Europa, si spingeva verso un baratro e le fanfare con cui era stata accolta perfino la Grande Guerra si stavano trasformando in interminabili marce funebri.

Ma ancora, sempre in direzione di una richiesta di libertà e di consegnare al suo prometeico destino l'individuo-soggetto, agisce pure l'idea che ricorda —in fondo— quella che Robert Castel presenta come la favola del liberalismo, favola che presenta il soggetto come una bella addormentata che, baciata dal principe azzurro di turno, lasciata finalmente libera da lacci e lacciuoli —poco metaforico in campo psichiatrico, ahimè— delle «protezioni» statuali, libera le proprie capacità. Si tratta cioè di un movimento che converge sul tema della libertà dai soffocamenti dei vincoli e dei condizionamenti, movimento pure ispirato a contrapposte ideologie, ma che forse per questa richiesta comune apre la strada alla possibilità di richiedere e di riconoscere a tutti —giuridicamente— la possibilità di costruire il proprio progetto politico ed etico a partire dalle cose stesse, come diceva Husserl, permettendo un margine di libertà dai condizionamenti che passano attraverso tutte le istituzioni deputate alla socializzazione dei soggetti. I tanti sottosistemi del più generale —e vituperato— sistema sociale, o semplicemente Sistema.

Ma di quali capacità si parla quando si parla di ex internati e in questo caso ex internati-rei? Quale autentica intenzionalità cosciente viene riconosciuta al folle e poi al folle-reo? Se il discorso è legato alla libertà, alla terapeutica libertà che ha guidato il progetto basagliano, che tipo di libertà può essere ridata a chi per statuto non può essere pensato come

esserci autentico, cioè a colui che è incapace di *cura sui*, cioè a colui che per definizione rappresenta l'incarnazione dell'*in-cura sui*? E ancora di più al folle —incarnazione dell'*in-cura sui*— che ha anche commesso un reato?

## *Il codice*

Proviamo a prendere come punto di partenza proprio la trasformazione del concetto di *epoché* tra Husserl e Basaglia.

> L'*epoché* […] significa interruzione, sospensione, messa tra parentesi, neutralizzazione dei pregiudizi che, sbarrando la strada al ritorno del soggetto «alle cose stesse» —*an die Sachen selbst*—, rendono impossibile un'autentica esperienza dell'uomo nel mondo. Ma che cosa significa *epoché* in Basaglia? Nel periodo di Padova […] essa consiste nella volontà di scardinare la chiusura specialistica della psichiatria universitaria, per abbracciare una visione globale dei problemi umani. […] Grazie alla fenomenologia, Basaglia scopre, insomma, che se si resta confinati in una visione positivistica della malattia mentale è impossibile l'«incontro» con il malato di mente. Bisogna perciò spogliarsi di tutte le certezze scientifiche per cercare di cogliere, insieme al malato, il momento originale in cui si costituisce la sua esperienza (Colucci e Di Vittorio, 2001: 83).

Ma da questa prima *epoché* si arriverà a successive «sospensioni» che reinterrogano il senso della realtà istituzionale e non solo. L'*epoché* si trasforma così, come già nella fenomenologia husserliana, in realtà, da principio metodologico in «esercizio, una pratica non solo filosofica ma anche di vita, un modo di porsi nei confronti del mondo, un atteggiamento non solo gnoseologico ma più ampiamente etico» (Rovatti, 1996: 112). Ma l'attenzione costante è al superamento anche di quelle che sono diventate icone del percorso di liberazione della follia, cioè al non cadere nella riproposizione dei mitici gesti fondativi di una certa psichiatria che aveva fatto della «liberazione dei folli» il proprio cavallo di battaglia e il punto di appoggio della propria legittimazione, come nel caso di Pinel e Tuke, per esempio, cioè era arrivata a riempire la casella lasciata vuota dal gesto dell'eroe innovatore con una pratica che non faceva che disseminare i principi della struttura in un altro luogo, li spostava altrove, non risolvendo le contraddizioni strutturali del discorso psichiatrico, limite e pericolo sempre presente in Basaglia, ben colto da Deleuze, nella sua analisi dello strutturalismo, quando si sofferma sull'eroe strutturalista (Deleuze,

2004). E la pratica si presenta, come afferma ancora Deleuze, nei termini di «un insieme d'elementi di passaggio da un punto teorico ad un altro, e la teoria un punto di passaggio da una pratica ad un'altra» (Foucault, 1977: 107).

E sarà proprio la pratica della comunità terapeutica a segnare la più importante innovazione, il più importante spostamento teorico nella psichiatria italiana e che sarà ripresa anche altrove (Foot, 2014). Ma l'esperienza di Gorizia segnerà uno scarto significativo rispetto a queste realtà, arrivando come una vera e propria bomba, mettendo al centro la libertà:

> […] se la libertà è terapeutica, se soltanto sulla base del rapporto di uomini liberi con altri uomini liberi si può costruire una relazione terapeutica, allora il prezzo da pagare è la distruzione del manicomio, macchina implacabile che produce instancabilmente esclusione, discriminazione, violenza e oppressione (Colucci e Di Vittorio, 2001: 107).

Ma ben presto, pur contro la visione di Basaglia, restìo a costruire modelli, di fatto quello di Gorizia divenne il modello di riferimento dei movimenti anti-istituzionali, bloccando e trasformando una storia critica —quale nei fatti era quella di Gorizia— in una storia monumentale, con visite e pellegrinaggi, potremmo dire, nel luogo dove era avvenuta la rivoluzione, rivoluzione poi cristallizzata in una legge, che rappresenta un altro momento essenziale di questo movimento di riposizionamento della psichiatria e di recupero e addomesticamento di quel che voleva essere un laboratorio in cui mantenere viva la contraddizione tra l'esperienza di liberazione interna e la istituzionalizzazione di questa esperienza, che rischia di fare ancora una volta della liberazione del «malato» un gesto benevolo del medico, frutto di un nuovo sapere che riproduce il meccanismo istituzionale gerarchico e asimmetrico, connesso cioè a una logica di potere.

Di qui si possono comprendere le resistenze e la diffidenza verso la legge 180, la cui eco fu davvero enorme a livello non solo italiano (Babini, 2009). Il problema di fondo è quindi la trasformazione di un laboratorio di libertà in una istituzione, che, come tale, non fa che rispondere al compito affidatogli dalla società, cioè creare un sapere, seppure riformato e rinnovato, capace di continuare a garantire sicurezza, chiedendo dunque una trasformazione di questa esperienza in una «professionalità» riproducibile altrove. La legge sancisce un modello e crea un profilo professionale, consegna un mandato ai professionisti di questo nuovo modello della psichiatria, bloccando così di fatto quel movimento continuo di sospensione

del giudizio e messa tra parentesi della malattia mentale, che era stato alla base del congiungimento del compito scientifico dell'*epoché*, di tradizione fenomenologica, con il dovere etico di spingere fino in fondo questa operazione metodologica, costruendo così un reale spazio di incontro alla pari tra quelli che erano i soggetti fin lì esclusi e gli operatori dell'istituzione specializzata nel governo di questa specifica popolazione.

Tutto questo interroga ogni aspetto della pratica fin lì messa in campo per la reale inclusione del soggetto nello spazio civile e cittadino, come per esempio si può vedere per uno dei pilastri del nostro sistema sociale, cioè il lavoro. Il lavoro, che è il cardine dei processi di inclusione, date le garanzie che sono annesse nel nostro sistema sociale, si configura in questi casi come campo continuo rispetto alla terapia e rispetto dell'attribuzione del «diritto a…», cioè dell'inclusione.

In seguito alla legge 180, soprattutto, vediamo il rischio di un riemergere quale compromesso di quel campo di indistinzione dove si confondono «libertà» e «tutela/terapia», che coinvolge pienamente anche il lavoro. Prende corpo cioè un regime mimetico del lavoro, che, mantenendo uno scarto e una distinzione, una discriminazione, mima la piena libertà e il pieno lavoro. Il campo «etico» del cooperativismo spesso non è che l'incarnazione di questo tipo di lavoro a regime protetto, sottratto al mercato, che si riconosce, comunque, al *minus habens* —sinonimo di *minus ens*— o «*diversamente* abile» nel campo economico. Un *socius* cui attiene un regime protetto, di graziosa concessione da parte del benevolo tutore, un *socius* che, da solo, non potrebbe partecipare pienamente o affatto al grande gioco che si svolge nell'ambito del mercato che guida e condiziona la partecipazione sociale dei singoli.

Siamo in una zona grigia dove il lavoro continua ad avere il ruolo di chiave di accesso alla piena cittadinanza ma si configura un diritto attenuato e protetto al lavoro, secondo un regime che è proprio, negli anni, del campo della disabilità. Una sovrapposizione tra diritto al lavoro e diritto alla salute, un lavoro che non può non essere presentato se non come prolungamento e camuffamento dell'ergoterapia, quindi rappresentato come «lavoro» ma pensato come «cura». Un lavoro che assume il compito e la funzione di addestramento alle regole, seppure puntando spesso a obiettivi minimi, fuori delle logiche del mercato, un valore formativo e non economico, potremmo dire, attinente al campo della *Bildung* e non della prassi.

Siccome il lavoro nei nostri regimi di *welfare* è sempre più che lavoro, considerando quanto è annesso alla condizione lavorativa del soggetto, in questo caso possiamo dire che da condizione per la *Sorge* esso diventa *Sorge*, cura. Perché il soggetto esiste se si può far carico di sé, se può prendersi cura di sé, se libero e non dipendente da qualcuno che dispone del suo corpo e del suo tempo. Cura inautentica poiché non cancella lo scarto ontologico, quindi non dà vera e autentica libertà. Non permette cioè quel rischio che è insito in ogni agire e modificare significativamente il mondo e riconoscervi il frutto del proprio agire, del proprio lavorare, della propria autentica attività. Non è quell'agire orientato a modificare il mondo circostante per dargli il senso che l'attore vuole imprimergli ma è un agire mimetico, una messa in scena, un esercizio in un teatro pieno di benevole *claques*. È una mimesi che non imita più la capacità creatrice al contempo *poietica* e *pratica* una volta attribuita al creatore del mondo e poi attribuita all'uomo, rendendolo perciò moderno, ma imita il fatto, sganciato dal processo più ampio in cui dovrebbe essere inserito. Al più si inserisce in quel «mercato etico», tipico luogo delle vittime di tutti i regimi liberali e coloniali più o meno feroci. Un mercato che contempera la *lex mercatoria* con i valori etici, non a caso indicato come mercato equo e solidale, con il richiamo certo all'equità ma un'equità che emerge dall'esigenza di rafforzare la solidarietà sociale.

Cioè accade che viene creata una zona di transito rispetto al fuori della società, una zona che si sovrappone idealmente alla zona «ordinaria» della società, poiché il lavoro nei nostri sistemi resta la chiave di accesso privilegiata e determinante alla società, ma con una sorta di ben solida barriera che impedisce il pieno ingresso al cuore della società, mentre resta ben chiara la possibilità di scivolare di nuovo «fuori» della società.

Si tratta di un meccanismo che oggi corrisponde alle logiche di governo delle popolazioni «a problema» o «problematiche», che accompagna le vite di tutti i soggetti traditi lungo il percorso di inclusione nel cuore della società, bloccati nelle loro traiettorie di ascensione o almeno di mobilità. Si tratta, cioè, di quelle popolazioni per le quali si predispongono tutte le forme —mi verrebbe da dire— di accomodamento ragionevole —non a caso al centro del dibattito sui diritti dei disabili— rispetto alla piena partecipazione e al pieno godimento dei diritti di cittadinanza. Impossibile l'autentico aggancio alle società, restano identità fluttuanti che trovano solo in queste forme che si presentano come «attivazioni», «empowerment» (con uno speculare diffondersi di un diffuso agonismo

—la concorrenza come animo del mercato— e di un culto del *fitness*), il proprio spazio eternamente precario e connesso ufficialmente alla «laboriosità» che deve mettere sullo sfondo la «pericolosità» e che invece caratterizza il prototipo del soggetto contemporaneo, che assomma in sé la potenziale pericolosità perché precario nel lavoro e quindi nella sua identità. Si richiede di «inventarsi» il proprio «posto» perché le società sono bloccate, chiuse rispetto alle possibilità di ascesa o mobilità. Di fronte alla crisi del progetto sociale si costruisce la crisi del «soggetto», si sposta sul soggetto la necessità di «mobilitazione» e «attivazione» che non hanno più le politiche sociali e non solo sociali nella nostra Europa contemporanea.

La gestione dei rischi connessi al non inserimento in questi percorsi o al non vestire questi panni e al non corrispondere a questi profili —inoccupabilità— è quindi sempre legata alla possibile consegna al fuori, secondo il giudizio delle varie istituzioni deputate a governare proprio questi percorsi di inserimento nel corpo sociale. Tutte le retoriche dell'attivazione non sono altro che il frutto del disimpegno dello Stato e la fine dell'Utopia del *welfare* classico, cui consegue anche una colpevolizzazione del soggetto che si sottrae a questa attivazione.

E oggi tutto questo meccanismo ha a che fare non più con il lavoro di fabbrica, con le masse uniformi, ma con la proliferazione dei profili e delle attività che sostituiscono il «lavoro» vero e proprio, cui era agganciata la solida e continua identità dei soggetti. La proliferazione delle attività ha come conseguenza il proliferare delle identità e l'accentuato rischio della frantumazione del proprio io. Cioè vige una logica di proliferazione e settorializzazione di saperi che si occupano di profili di popolazioni e di gruppi meno numerosi e disseminati in Istituti e istituzioni meno visibili rispetto al grande contenitore rappresentato dal manicomio classico. Siamo cioè di fronte alla psicologizzazione e medicalizzazione di ambiti sempre più vasti della società, seppure continua la cancellazione dei «grandi contenitori», presenti nei programmi di «chiusura» dei soggetti, di «internamento» degli stessi. Niente più monumentalità ma discrezione, niente più «pubblica manifestazione di forza» ma «discrete incarnazioni della discrezionalità dei giudizi tecnici» disseminati nel tessuto sociale.

Basti pensare che in questa ottica possono essere lette anche le recenti normative sui Bisogni Educativi Speciali in Italia e l'ICF. Tutti possono transitare in condizioni di minorità o disabilità e una qualche forma di sapere «psy» (Castel, 1982) sarà pronta a prendersi cura di tutti e di ciascuno, agendo in ogni istituzione che intercetta e governa le varie attività dei soggetti, in maniera sempre più capillare.

Ancora una volta, quindi, si pone il problema della possibile congiunzione della libertà e dell'autenticità. Sembra così realizzarsi il timore di Basaglia —e non solo il suo—, il timore che accompagna tante lotte anti-istituzionali, cioè che la chiusura dell'istituzione-simbolo distolga lo sguardo dal suo possibile spostamento, che il «superamento» della istituzione ogni volta presa di mira non faccia altro che abbatterla fisicamente, certo, ma facendola così anche scorrere nell'intero corpo sociale, come se, ogni volta, la singola istituzione sia pronta a ripetere la storia del vaso di Pandora, che, frantumato, libera e sparge i suoi mali nel mondo. Per questo la chiusura del manicomio civile —l'ossimoro era nella denominazione— non è stato che un punto di partenza e tale deve essere considerata anche la chiusura degli Ospedali Psichiatrico Giudiziari, che rischiano di spargersi sul territorio, come tanti piccoli e discreti manicomi, a fianco ai «manicomi chimici» (Cipriano, 2015) rappresentati dagli psicofarmaci, disseminando la paura sul territorio e legittimando così un sapere che continua a dettare legge e a normare le vite dei soggetti, espropriandoli della possibilità di autentica *Sorge*, del diritto di progettare la propria vita.

Si tratta cioè di lavorare sulla riconfigurazione del mandato della psichiatria che facendosi «territoriale», integrandosi con le altre agenzie di quella che una volta era definita «police» —con l'esemplare storia di quella delle famiglie (Donzelot, 2005)— che una volta era una scienza della felicità, oggi potrebbe essere detta del benessere o della salute pubblica, implica ogni volta un compromesso con il processo di normalizzazione e controllo sociale, aprendo così alla contraddizione il ruolo dell'operatore della salute mentale, contraddizione vissuta pienamente anche da Basaglia. «Terribile contraddizione: proprio continuando a identificarsi nella lotta al manicomio, e proseguendo nel lavoro di costruzione di una psichiatria alternativa, gli psichiatri rischiano di assolvere alla funzione normalizzatrice e di controllo sociale che hanno cercato di combattere» (Colucci e Di Vittorio, 2001: 97).

## *L'oggi: le REMS*

Proviamo infine a vedere gli effetti di questo discorso sull'oggi, come ritornino questi nodi problematici nell'attuale riconfigurazione del ruolo dello psichiatra in occasione di un superamento, quello dell'OPG attraverso le REMS, che sono le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza

previste come ultima ipotesi in caso di soggetti incapaci di intendere e volere all'atto della commissione del delitto o negli altri casi per cui era previsto l'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

E possiamo vedere come si riconfiguri quella richiesta *in primis* di custodia piuttosto che di cura in ogni comunità in cui si pensa di localizzare una REMS. Soffermandoci sul caso della Campania, vedremo come nascita la della REMS di San Nicola Baronia si stabilisca proprio sotto il segno del «mostro» pericoloso vicino casa, come vedremo, ma vedremo al contempo come questa logica custodialistica emerga anche dal numero di posti inizialmente previsto per tutte le REMS campane, superiore anche al numero di internati in OPG di propria pertinenza. Anzi possiamo partire dai numeri della Relazione al Parlamento sul processo di superamento degli OPG, del dicembre 2015, al cui Allegato 2 si legge che, rispetto al numero degli internati presenti negli OPG suddivisi per regione di residenza, la struttura di Aversa ne conta 12 provenienti dalla Campania e la struttura del Reparto Verde di Napoli Secondigliano ne conta 13 provenienti dalla Campania, alla data del 15 dicembre 2015, per un totale, dunque, di 25 internati provenienti dalla Campania.

Se confrontiamo questi numeri con i numeri previsti per le REMS, che troviamo nell'Allegato 5 di detta Relazione, sempre alla data del 15 dicembre sono previsti 16 posti per pazienti della Campania a Mondragone —con un paziente proveniente dalla Sicilia—, 20 posti a Roccaromana —con un paziente proveniente dalla Calabria e uno dal Lazio—, 20 posti a San Nicola Baronia e 12 posti a Vairano Patenora, per un totale di 68 posti, di cui 65 per pazienti provenienti dalla Campania. Si nota lo scarto tra i 25 internati presenti al 15 dicembre negli OPG e i 65 posti previsti per pazienti provenienti dalla Campania nelle REMS. Anche con le REMS, se seguiamo alcune letture «buoniste», cioè che le vedono come possibile allargamento della psichiatria territoriale e rimozione della versione «custodialistica» della psichiatria, quindi un ritorno nell'alveo medico della psichiatria —almeno nella rappresentazione della psichiatria stessa—, vediamo ancora in piedi lo scarto, l'onnipresenza della terapia, intesa in ogni caso come *continuum* tra medicina e custodia. Resta la pericolosità a scandire la vita dei soggetti, pericolosità che non fa entrare in un contratto in maniera autentica, sempre mediata da un sapere «medico», seppure medico territoriale e con le vesti delle pratiche dell'*empowerment*, parola chiave delle Linee Guida dell'OMS sulla salute mentale e nel Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020 della medesima Organizzazione.

Se prendiamo il caso di una delle REMS istituite in Regione Campania, quella di San Nicola Baronia, in Provincia di Avellino, la localizzazione e la vita della struttura è stata accompagnata da due eventi che indicano come un piccolo borgo viva la presenza sul territorio di soggetti sottoposti a misura di sicurezza. Prima dell'apertura effettiva, il Sindaco è dovuto ricorrere a una nota per smentire l'arrivo nella struttura di quello che è stato definito il «mostro di Torrione», incarnazione del mostro antropofago. Al momento dell'inaugurazione, poi, si presenta la struttura come pronta con personale ben formato per programmi di reinserimento degli ex internati in OPG. Ma soprattutto, ricorrono parole chiare in occasione della cerimonia di inaugurazione: «Tutto il programma di riabilitazione è improntato alla cura, se pur garantito da livelli di sicurezza assoluti, grazie alle tecnologie ed alla preparazione del personale addetto». Una delle voci più attente al territorio, che aveva seguito le vicende che avevano portato all'inaugurazione, legate ai dubbi circa l'adeguatezza della struttura prescelta, presentando la struttura come all'avanguardia, in poche righe richiama continuamente gli elementi connessi alla sicurezza:

Il sottotitolo del testo di Gianni Vigoroso è eloquente: «Venti i primi posti letto attivi, braccialetti elettronici per la sicurezza e alta vigilanza, gestione affidata all'Asl di Avellino», come anche l'ordine delle attività che vi si svolgono: «recupero, attraverso percorsi mirati, di tipo farmacologico, psicologico, riabilitativo e di reinserimento sociale» (Vigoroso, 2015). Sicurezza richiamata anche da un consigliere comunale, che parlando dei dubbi circa l'adeguatezza della struttura, alla stessa testata già citata, per la presenza di eternit, finisce per richiamare l'elemento «paura»: «Già da tempo la comunità sannicolese ha sollevato forti dubbi circa l'idoneità di quella struttura ad ospitare i malati degli O.P.G. La vicinanza di una scuola e di un asilo infantile non è servita a far aprire gli occhi a nessuno» (Redazione, 2015)

Un altro episodio è stato quello di un allontanamento, vissuto come una fuga dalla struttura che ha fatto emergere ancora una volta che nell'immaginario le REMS restano istituzioni «reclusive». Quello che molta gente si aspetta dalle REMS è la «custodia» *in primis* di questi soggetti. Siamo di fronte a un caso parallelo a quello dell'insediamento sui territori dei Centri per Immigrati e Richiedenti Asilo, spesso individuati in piccoli borghi, in piccole strutture in paesi poco popolati, almeno non nelle regioni a più forte afflusso e che spesso gestiscono la prima accoglienza. Ancora una volta, se andiamo a sentire le voci degli abitanti di questi paesi, si profila

la paura del mostro, dell'estraneo potenzialmente pericoloso, di colui che è sempre visto come inassimilabile, cui non si riconosce alcuna possibile appartenenza alla propria comunità.

A differenza paradossalmente anche ad chi pur avendo commesso i più atroci delitti e in serie —si pensi in Campania ai *killer* della criminalità organizzata— continua tranquillamente a essere considerato nel gruppo, perché ha coscientemente operato la scelta di uccidere e/o commettere altre efferatezze.

La logica di fondo è quella di consegnare a una ennesima forma di istituzione la pratica della cura di sé, disseminandola nel tessuto locale e restituendo al territorio il compito di sorvegliare i propri «minori» come un nuovo governo delle comunità analogo al governo delle famiglie di un tempo.

Soggetti e famiglie sempre più in crisi e fragili cui viene riaffidata, in una logica territoriale e comunitaria, la «Cura» di quanti non sono capaci di *cura sui*. Pur in fondo tradendo lo spirito della «Riforma» del Sistema di salute mentale uscita dal lavoro parlamentare seguito agli effetti del modello basagliano sull'istituzione manicomiale, scaricando così sui movimenti che hanno preparato e promosso il superamento dell'OPG in questo caso, il manicomio nel caso del movimento anti-istituzionale prima, le colpe di una mancata promozione di una vera e propria pedagogia della libertà, cioè del mancato intervento nel contesto sociale che produce esclusione e l'istituzione come risposta automatica ai problemi. Ed è anche per questo che si usa la paura del folle-reo per ridiscutere la legge 180 e la gestione del folle «civile», per restare nel gergo, tentando così di riprendersi quel soggetto che l'esperienza basagliana aveva liberato dall'istituzione, attraverso l'opera discreta di centri territoriali da trasformare di nuovo in centri di custodia, visti i tempi favorevoli alle pratiche sicuritarie e neo-sicuritarie. Ma credo possano valere ancora per questa esperienza le parole con cui Robert Castel descrive l'eredità basagliana.

> Non si può […] far ricadere sul movimento italiano la responsabilità di un processo che è il contrario di quello che ha tentato di realizzare. Questa deistituzionalizzazione «all'italiana» […] presuppone, diciamo, un doppio lavoro: all'interno dell'istituzione, per preparare per tempo l'uscita di individui che dopo un lungo soggiorno in luoghi di morte sono spesso completamente desocializzati; all'esterno, per badare a questi usciti e ai loro vicini nei nuovi luoghi di vita, ai cambiamenti e agli aiuti che, ad un tempo, eviteranno che si faccia di nuovo ricorso all'istituzione, una volta previste delle strutture per

affrontare le situazioni di crisi. È quello che fanno tutti i professionisti con un po' di coscienza,di si obietterà. Con questa differenza essenziale, però: invece di contentarsi di mettere in piedi —quel che essi pur fanno— dei dispositivi tecnici —nel gergo: ambulatori, strutture diurne, strutture intermedie, case terapeutiche, etc.—, gli Italiani hanno anche provato a mobilitare la città attraverso la partecipazione di gruppi di non-professionisti, ad instaurare un diverso rapporto sociale e culturale con i soggetti tradizionalmente esclusi. Un'esperienza come quella di Trieste illustra questi tentativi di intraprendere un'altra economia delle relazioni sociali, che raccorcerebbe le antiche distanze tra ragione e follia (Castel, 2002: 38-39).

## *Bibliografia*

Agamben, Giorgio (2007) *Il Regno e la Gloria. Per una genealogia teologica dell'economia e del governo. Homo sacer, II*, 2. Vicenza: Neri Pozza.

Babini, Valeria P. (2009) *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*. Bologna, il Mulino, 2009. Bologna: Il Mulino.

Castel, Robert (2002) «La città natale di "Marco Cavallo"». In *Addio terraferma. Note su riforma e controriforma psichiatriche*. Pratola Serra: Elio Sellino Editore.

— (1982) *Verso una società relazionale: Il fenomeno «psy» in Francia*. Milano: Feltrinelli.

Castel, Robert e Haroche, Claudine (2013) *Proprietà privata, proprietà sociale, proprietà di sé. Discussioni sulla costruzione dell'individuo moderno*. Macerata: Quodlibet.

Cipriano, Piero (2015) *Il manicomio chimico. Cronache di uno psichiatra riluttante*. Milano: Elèuthera.

Colucci, Mario e Di Vittorio, Pierangelo (2001) *Franco Basaglia*. Milano: Bruno Mondadori.

Deleuze, Gilles (2004) *Lo strutturalismo*. Milano: SE.

Donzelot, Jacques (2005 [1977]) *La police des familles*. Paris: Minuit.

Foot, John (2014) *La «Repubblica dei matti». Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*. Milano: Feltrinelli.

Foucault, Michel (1977) «Gli intellettuali e il potere. Conversazione tra Michel Foucault e Gilles Deleuze». In *Microfisica del potere*. Torino: Einaudi.

Heidegger, Martin (1976) *Essere e tempo*. Milano: Longanesi.

Natoli, Salvatore (1996) *Soggetto e fondamento. Il sapere dell'origine e la scientificità della filosofia*, Milano: Bruno Mondadori.

Redazione (2015) «Quell'edificio non può ospitare una REMS». *Ottopagine*, 28/11/2015, disponibile a: <http://www.ottopagine.it/av/daicomuni/50528/quell-edificio-non-puo-ospitare-una-rems.shtml>.

Rovatti, Pier Aldo (1996) *Introduzione alla filosofia contemporanea*. Milano: Bompiani.

Vigoroso, Gianni (2015) «Addio ai Manicomi, si parte dall'Irpinia con le REMS». *Ottopagine*, 2/12/2015, disponibile a: <http://www.ottopagine.it/av/attualita/51446/addio-ai-manicomi-si-parte-dall-irpinia-con-le-rems.shtml>.

# LA DES-INSTITUCIONALIZACIÓN «NEGADA»: LÓGICAS MANICOMIALES EN LA HOSPITALIZACIÓN DOMÉSTICA

Elisa Alegre-Agís
*Universitat Rovira i Virgili. Medical Anthropology Research Center (MARC). Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social*

**Resumen**: A partir de una etnografía realizada desde 2014, en Barcelona y Tarragona, se problematiza la categoría de cuidado en personas diagnosticadas con trastorno mental grave y sus familiares en el espacio doméstico. A través de una comparación de las instancias cotidianas del hospital mental extraídas de las etnografías del custodialismo y las del espacio doméstico, se pone de relieve la proyección y reproducción de dinámicas manicomiales en el ámbito familiar. Por último, se propone una definición específica de los cuidados, basada en los datos etnográficos.

**Palabras clave**: trastorno mental, asilo, institución mental, vivienda, cuidados familiares.

*The deinstitutionalization «denied»: asylum logics in household hospitalization*

**Abstract**: Based on an ethnography carried out from 2014 in Barcelona and Tarragona, this article problematizes the care category on people diagnosed with severe mental disorder and their relatives at home. Through a comparison of the daily instances of the mental hospital as described in classic ethnographies of mental asylums and those of domestic spaces, the projection and reproduction of asylum features at home are highlighted. Finally, I propose a specific definition of care, based on ethnographic data.

**Keywords**: mental disorder, Asylum, Mental institution, Housing, Family caregivers.

---

Comelles, Josep M.; Conejo, Antoni y Barceló-Prats, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 205–222. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

## *Prolegómeno*[1]

*The psychiatric hospital as a small society* de William Caudill (1958) fue mi primer contacto con las etnografías del custodialismo, mientras ideaba un proyecto final para la Licenciatura de Antropología Social. Era mi primera lectura sobre el funcionamiento de un «hospital mental» en los Estados Unidos de 1950 y, sin embargo, había cosas que me resultaban especialmente familiares. Al principio no lograba determinar exactamente de qué se trataba. El texto de Caudill guardaba una minuciosidad increíble, era detallista, ordenado y estructurado; podías comprender la cotidianidad de aquel hospital psiquiátrico. Esos detalles, que me resultaban próximos, permitían ponerle nombre a una realidad que me era conocida. Aquellas «categorizaciones» y «conceptualizaciones» de la experiencia hospitalaria aclaraban la figura de mi abuela materna. Después de convivir durante quince años con ella, una «loca» según el cúmulo de sus variopintos diagnósticos, aprendí sus manías, sus costumbres, sus lógicas de actuación y muchas otras particularidades.

Comencé a «leer» las instituciones desde otro lugar, interesándome por esos detalles que se vinculaban con la experiencia doméstica. Así surgió mi proyecto de tesis con personas diagnosticadas de esquizofrenia y su entorno más cercano. Una etnografía en la que, a través de sus narrativas, accedo al espacio doméstico, su cotidianidad, sus horarios y tempos, costumbres, actividades diarias y extraordinarias, las relaciones familiares, las riñas, los sufrimientos, las decepciones y los duelos, las alegrías y los orgullos, las recompensas, las preocupaciones, entre otras muchas cosas. Mi etnografía avanza a partir de la hipótesis surgida de esas tempranas lecturas: la vida en el hospital mental no dista tanto de la vida en el espacio doméstico cuando «estás loco». A lo largo de mi trabajo de campo he ido «comprobando» que, aquella hipótesis que parecía algo pretensiosa y provocadora se iba materializando. A medida que avanzaba en la extensión y profundidad de las entrevistas, llegaba a la conclusión «provisional» de que, ciertamente, las lógicas y dinámicas del antiguo modelo manicomial se reproducen en el espacio doméstico. Existe una proyección de las formas de cuidar y de atender al loco propias de un modelo custodial en el hogar por parte de la familia. La «desinstitucionalización» de los pacientes psiquiátricos ha mantenido ciertas inercias que parecen reproducir el modelo custodial (Correa, Silva, Belloc y Martínez Hernáez, 2006).

1 Mis agradecimientos, especialmente, a mis directores de tesis, los Dres. Josep M. Comelles y Àngel Martínez-Hernáez, y, también, a Josep Barceló Prats.

Al mismo tiempo, las personas diagnosticadas de lo que hoy se llaman trastornos mentales graves (TMG)[2] reproducen ciertos comportamientos que se veían en los antiguos psiquiátricos, donde la vida, en todas sus facetas, se desarrollaba en la institución. Por eso se llaman instituciones totales (Goffman, 1961), porque el total de la vida transcurre en un mismo espacio. En el actual modelo de externalización, la vida sucede casi al completo en el espacio doméstico. Es difícil encontrar personas que estén activas laboralmente, que tengan una vida social pública y que realicen actividades fuera del hogar. La mayoría de ellos sigue estando entre cuatro paredes: las de su habitación personal.

La locura continúa siendo una especie de figura abstracta en el imaginario de la comunidad. Sigue estando allá, en un psiquiátrico alejado, donde la gente debe andar deambulando, agitada, babeando y hablando con la nada. Una imagen que sigue muy vigente para los «no locos», pero que habita entre los muros de cualquier edificio de una ciudad y que nadie quiere ver ni oír.

Este capítulo pretende acercarse, a modo de esbozo, a las principales dinámicas y lógicas que nos llevan a pensar que el espacio doméstico, en estos casos, puede ser entendido como una institución total. Para comenzar haré una pequeña contextualización del panorama actual vinculado a la reforma psiquiátrica en España, para pasar a una breve explicación de la investigación y la etnografía. A continuación, presento una analogía entre las estructuras de rol parentales y hospitalarias, para dar paso a la concepción del diagnóstico de esquizofrenia como un ritual de paso y el problema de la cronificación. Por último, intentaré construir una definición del cuidado doméstico y familiar en casos de TMG, para acercarnos a las prácticas concretas que reproducen el modelo custodial.

Mi principal objetivo no deja de ser, eventualmente, un acercamiento a la realidad de la locura en la actualidad. Una locura que sigue anclada en las «mazmorras» y vagando de puerto en puerto en la «*Stultifera Navis*». Una suerte de fusión de estadios por los que han pasado los locos en su historia y que genera la contradicción de vivir en el «estatismo» y el «movimiento» simultáneamente. Así, la vertiente más académica de este texto intentará poner de relieve una narrativa comparativa entre el antiguo manicomio y el espacio doméstico. Por otro lado, siempre está implícita una

2 Las siglas TMG se usan para hacer referencia a trastorno/s mental/es grave/s entendiéndose estos como un conjunto de entidades nosológicas de diferente naturaleza y presentación clínica, que comparten criterios de gravedad y persistencia en el tiempo (American Psychiatric Association, 2013).

cierta militancia que posibilita este tipo de textos, donde lo «científico» y lo «sensible» se permiten aparecer en un mismo manuscrito para remover, quizá, algo en el lector.

## *La negación a Basaglia*[3]

La desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos en el Estado español se materializa en 1986 con la Ley de Sanidad (LODDMFAS, 14/1986, 1986). Dicha ley dedica unos dos párrafos a toda una vorágine de supuestos cambios políticos, económicos, organizacionales y administrativos, terapéuticos, ideológicos, entre otras cosas. La ley no dejó de ser un trámite que permitió, al fin y al cabo, que se haga «la voluntad», en este caso, de las corrientes anti-psiquiátricas, de psiquiatría comunitaria, psiquiatría de sector, movimientos de desinstitucionalización previos en otros países europeos y en EEUU, entre otros tantos, pero en España (Alegre-Agís y Comelles, 2016). La ley nos dice muy poco de la realidad de ese proceso de «cierre» del psiquiátrico y la «apertura» de los centros ambulatorios y otros dispositivos variados y atomizados que hoy se hacen cargo de la atención a la salud mental. En este caso, la ley solo sirvió para dar el ok a una arrebatada reforma psiquiátrica que circunstancialmente podía salir bien, teniendo en cuenta que ya venía fracasando en muchos de los países pioneros. La psiquiatría comunitaria de hoy, en su mayoría de puntos susceptibles de análisis, no logra solventar los problemas de pacientes y familiares, manifiesto en la cantidad de asociaciones (Canals, 2002) de familiares y afectados de problemas de salud mental por todo el territorio.[4]

Paradójicamente, España fue el primer Estado moderno que incorporó en su legislación la tutela a los dementes, en la Ley de Beneficencia de 1822. Sin embargo, en términos prácticos, el marco legal de la asistencia a

3 Este subtítulo hace referencia al título del artículo que se inspira en una de las obras más emblemáticas de Franco Basaglia (1968) *La institución negada*.

4 La reforma se realiza con serios problemas político-económicos en el país, la externalización se plantea sobre una economía aún precaria, apenas entrando en el ansiado «sistema de bienestar» y en un contexto político de post-dictadura franquista, la transición democrática. Por otra parte, se erige en un modelo mixto de gestión de la sanidad con un despliegue de dispositivos atomizados y tercerizados, ubicados en un mapa de atención desorganizado, poco coordinado y que no ha sido revisado desde un punto de vista sistémico. Para análisis de del proceso de reforma y como este afecta a la situación actual ver (Capellá, 2001; Colina, 2016; Comelles y Alegre-Agís, 2016; Desviat, 2011).

los dementes entre 1822 y 1986 quedó delimitado por las Leyes de Beneficencia de 1822 y 1849 y sus despliegues legislativos, muy especialmente el Real Decreto (R.D.) de 1885 sobre la reclusión perpetua, el de 1931 sobre el internamiento psiquiátrico, y los efectos de la Ley de Hospitales de 1944. Aunque la competencia sobre la tutela de los dementes correspondía legalmente al Estado, ésta fue centrifugada hacia las administraciones locales, especialmente a las provinciales (Comelles y Alegre-Agís 2016). La mal llamada «reforma psiquiátrica» del 86 continuó la tendencia centrífuga, esta vez, hacia los familiares del «enfermo mental» y las «empresas» privadas que gestionan los dispositivos. Así, el Estado se desresponsabilizó del meollo del asunto: la vida cotidiana de las personas con un sufrimiento mental o subjetivo.

Lo que finalmente se ha producido es una institucionalización a domicilio. Los cambios, probablemente, han sido meramente semánticos, geográficos o espaciales. La forma de tratar, cuidar y atender es muy similar a la del modelo custodial. La diferencia radicaría, en todo caso, en la inclusión del tratamiento farmacológico desde mediados del siglo pasado con los llamados neurolépticos. (Bermejo 2007; Tahima 2009; Gutiérrez Suela 1998; Ortiz Lobo y De la Mata 2001; Stip 2001). Es cierto que la introducción de los psicofármacos supuso un cambio sustancial en las formas de gestionar o «controlar» el comportamiento del paciente. Ahora bien, la lógica de cómo debe comportarse dicho paciente, medicado o no, de cómo debe responder a una terapia dada, sigue siendo la misma. La figura del «enfermo total»[5] sigue invadiendo los despachos donde los psiquiatras se dan cita con sus pacientes y las cocinas y salones de los hogares. Aquel sujeto «rotulado», objetivado por la impronta del psiquiatra es hoy cosificado por sus familiares. Pero ojo, no es que quiera ponerme a debatir aquí si existe una conspiración del sistema médico, la industria farmacéutica y otras tantas cuestiones que podríamos ponernos a «destapar». Puede que el análisis deba ser eventualmente más sencillo y sutil. El sujeto loco da miedo y supone un «riesgo» (Lupton, 1999) constante desde la óptica de la comunidad y de la medicina. Ese miedo lo invade todo: la familia, que tiene miedo de que el enfermo vuelva a tener un brote; el psiquiatra, que tiene miedo de la integridad física de su paciente; del vecino, que teme que le haga daño; del propio sujeto, que

5 El concepto de «enfermo total» y su significación lo desarrollaremos en el siguiente apartado.

teme a todos ellos y sus temores. Son solo ejemplos que pueden explicar o dar luz sobre los porqués de que continuemos el panoptismo, el control y la hiper-vigilancia. Puede explicar también porque las personas diagnosticadas tienden a la auto-reclusión y al autoaislamiento.

## *Etnografía*

Este capítulo forma parte, como he mencionado, de mi investigación de doctorado que llevo a cabo desde 2014 con personas diagnosticadas de TMG, familiares y profesionales de la salud mental. La metodología se basa en una etnografía multilocal (Marcus, 2001) en diferentes espacios: una asociación de Barcelona cuya militancia contra el estigma se desarrolla a través de la actividad radiofónica y otras actividades culturales que promueven las relaciones con la comunidad. La participación en esta asociación permitió acceder a narrativas de los afectados desde la observación participante, escucha de los programas y entrevistas individuales. Una asociación en Tarragona donde se accedió a discursos de familiares de diagnosticados de esquizofrenia y se realizaron entrevistas individuales. Un Centro de Salud Mental Ambulatorio para Adultos (CSMA), en Barcelona donde se asistió a algunas reuniones de equipo y se entrevistó a psiquiatras y trabajadoras sociales. Actualmente el trabajo de campo continúa en otros dos CSMAs de Barcelona con un total de catorce familias entre uno y otro. En total se contabilizan un grupo de 30 informantes, incluidas personas diagnosticadas, familiares y profesionales, a los cuales se ha realizado entre 1 y 5 entrevistas.

En el estudio se analiza el proceso de enfermar y la asignación del diagnóstico como un ritual de paso que da lugar a la construcción de una identidad de enfermo que transforma status y roles parentales (Alegre-Agís, 2016a). Se contemplan principalmente las dimensiones que inciden en el desarrollo de la vida cotidiana: domicilio, espacios laborales, asociativos y dispositivos de atención a la salud mental del sistema sanitario catalán. Las entrevistas a pacientes y familiares versan sobre el día a día, las relaciones familiares, sociales y laborales, el estigma, la auto-percepción, concepción, entendimiento y simbolización subjetiva de los trastornos. Se realizan recorridos biográficos y trayectorias desde el primer brote o descompensación, procesos de internamiento, establecimiento del diagnóstico e itinerarios terapéuticos.

### *Estructuras institucionales: del médico, el padre, la enfermera y la madre*

El concepto de familia se ha transformado en las últimas décadas, aunque aún podemos decir que se trata de una de las instituciones sociales más fuertes de nuestra cultura. En este caso, para que el concepto de familia guarde cierta flexibilidad, acudiremos al de espacio doméstico, un espacio donde aquellas estructuras, instalaciones, áreas de actividades y de trabajo están asociadas a un grupo primario. Algo que caracteriza especialmente a este espacio es la realización de actividades cotidianas, la co-residencia y algún tipo de relación de parentesco (Hendon, 1996).

En el hospital mental no podíamos comprender los roles como entes aislados, sino que, el estudio de éstos debía ser comprendido desde la concepción de «the hospital as a whole, as a highly organized functioning institution, in both its formal and informal aspects. The reasonable hypothesis that at least some aspects of the disturbances of the patients are part of the functioning, even when our attention is focused upon one or another specific problem. Patients and staff must be considered together as part of a composite whole» (Stanton y Schwartz, 1954).

En el espacio doméstico sucede algo parecido. Se trata de un sistema, un todo que se relaciona y que no puede comprenderse sin la relación entre las partes. Recurriendo a Caudill (1958), éste categorizó los grupos de rol de médicos, residentes, enfermeras y pacientes, relativo a la organización jerárquica de la institución psiquiátrica, como «niveles de movilidad obstruida». Stanton y Schwarz (1954), Basaglia (1968) y Goffman (1961) retrataron, en otras palabras, esta «inmovilidad» como unos de los principales conflictos en el funcionamiento de la institución y fuente de perturbación sobre pacientes y profesionales. El ámbito doméstico tampoco permite una movilidad de roles, en tanto las identidades vinculadas al parentesco y sus roles inherentes no suelen ser mutables, sino que son de base estática en virtud de normas sociales y culturales que los estructuran. Si bien dichos roles han sufrido cambios a lo largo de la historia, no deja de ser un territorio pautado y generalmente poco flexible en sus parámetros de relación y comportamiento, al menos en un plano conceptual o ideológico. Por ello, cuando existe un desfase o una incongruencia entre el plano ideal de los status/roles familiares y plano práctico, emergen conflictos internos y malestares difíciles de resolver. En muchas ocasiones, las familias tienen un miembro que solapa más de un rol, o uno de ellos se ve trasformado por diversas situaciones. Sin embargo, encontramos que hay

un patrón que se repite en cuanto a categorías de poder y «actividades» asignadas a cada status/rol. Éstas son, un «rol de poder» relativo a la toma de decisiones administrativas dentro del hogar y que vincula el espacio doméstico a la vida pública y el exterior. Un «rol de cuidador/a» vinculado a la atención al paciente y todo aquello relacionado con la terapéutica. Un tercer rol, que puede agrupar a una o más personas, y que forma un grupo más homogéneo, a nivel jerárquico, y tiene como vínculo procesos de aprendizaje de los dos roles anteriores. Por último, el «rol de enfermo» vinculado al trastorno, la sintomatología y la terapéutica.

Estos roles pueden situarse en status concretos, siguiendo el mismo orden, en la figura paterna, la figura materna, hermanos/as de la persona diagnosticada —u otro miembro de la familia que conviva en el mismo espacio doméstico— y, por último, el enfermo. Del mismo modo, estas figuras se corresponden, por orden, con psiquiatras, enfermeras, residentes —médicos en prácticas y en proceso de especialización— y los enfermos internos en el manicomio.

Esta especie de comparativa, que puede parecer más propia de un análisis sistémico,[6] nos sirve para comprender cómo se desarrolla la cotidianidad dentro del hogar cuando se da este tipo de estructura parental (familia tipo: padre, madre e hijos, entre estos últimos un/a diagnosticado/a). Se trata de una analogía a la que no es difícil llegar si tenemos en cuenta la cultura a la que nos estamos refiriendo. Este reparto de status/rol es bastante corriente en un modelo español donde estos están muy definidos y resultan fuertemente influenciados por una cultura patriarcal (Lombardo, 2003). Aun así, sabemos que dichos roles pueden adaptarse a un situación dada: si no existe la figura paterna, la madre puede ser figura cuidadora y de poder simultáneamente.

Con la persona diagnosticada, sin embargo, no sucede lo mismo. La categoría analítica de Caudill, niveles de movilidad obstruida, nos sirve para reconocer la imposibilidad de salirse del rol de enfermo/paciente para el sujeto con el diagnóstico. Mientras que el resto de miembros de una familia puede manejar cierta flexibilidad, a pesar de que las funciones

6 A partir del enfoque sistémico los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones (Espinal, Gimeno y Gonzales 2006).

de los roles siguen estando muy definidos y demarcados, el enfermo sufre una despersonalización, una pérdida del status anterior a la enfermedad, que veremos en el siguiente apartado, y que continúa la reflexión hacia la comparativa entre la institución total y la institución familiar.

### *El intersticio: la cronicidad «institucional» en el hogar*

La asignación de un diagnóstico de TMG como una esquizofrenia supone un ritual de paso. Desde la perspectiva médica, un «brote» es aquel episodio caracterizado por la aparición de síntomas psicóticos o de psicosis. Desde un punto de vista cultural, podemos decir que se da una metamorfosis del sujeto en su tejido social, un cambio de estado para sí y para su comunidad.

Siguiendo los estadios del ritual de paso del antropólogo Van Gennep (1981 [1909]), que se caracteriza por tres fases, la de separación, margen o limen y agregación, podemos pensar que el diagnóstico deja anclado al sujeto en un lugar entre el estado liminal y el de agregación. La sintomatología característica del brote psicótico podría asociarse al periodo de separación. Desde la manifestación de estos síntomas, hasta la asignación de un diagnóstico definitivo, el sujeto entraría en fase liminal, en tanto no es reconocible por su entorno social dado la «transformación de su identidad» (Alegre-agís, 2016a).

Una vez llega el diagnóstico, el sujeto queda en una especie de tránsito, característico del estado liminal, en el que aún uno no se ha agregado al nuevo status. Pero tampoco la agregación sucede del todo, el sujeto no vuelve a la comunidad con un nuevo status que le permita la capacidad de desarrollar múltiples roles públicos y privados como el resto de la familia.[7] Dado que no existe una etapa que designe este «lugar» para el sujeto enfermo, propondré llamarle «intersticio», una especie de «no lugar» que

7 Con la multiplicidad de roles me refiero a aquella flexibilidad que se menciona anteriormente dentro del sistema familiar (una madre que ejerce como tal y como padre cuando éste está ausente), pero también a la multiplicidad que deviene de su ejercicio al relacionarse como individuo en lo social. Una misma persona ejerce un rol en su sistema parental, pero no se relaciona de la misma forma, por ejemplo, un hijo, con sus padres o con sus hermanos. Al mismo tiempo, la misma persona puede ejercer de trabajador, estudiante, aficionado a una actividad, artista, militante en un partido política, y así sucesivamente. Es esta multiplicidad la que diferencia, especialmente, al rol de enfermo que limita las relaciones desde estos lugares.

la comunidad solo reconoce para un status/rol en particular: el de enfermo. El estadio de «intersticio» supone el pleno status de enfermo/paciente (Alegre-agís, 2016a). Así, El proceso diagnóstico y el tratamiento moldean el rol de enfermo y su conducta (Freidson, 1978) y es difícil que éste pueda salir de él. Su espacio, a partir de la sentencia que impone el diagnóstico psiquiátrico como una suerte de «etiqueta irrefutable» es el de estigmatizado, de enfermo, un «no-espacio», una «no-opinión», una «no-persona», si pensamos al individuo como resultado del vínculo social (Correa, 2005)

En el hospital mental, el sujeto sufría una paralización de su identidad social que se veía invadida por la lógica sintomatológica y terapéutica: su nueva identidad era la de «enfermo/paciente/interno». El ritual que las etnografías del custodialismo más clásicas (Basaglia, 1968; Caudill, 1958; Goffman, 1961; Stanton y Schwartz, 1954) sobre la desposesión de la identidad del sujeto, al ser internado en el hospital mental, suponía el abandono de sus roles y consecuentes funciones sociales.

Para explicar mejor este fenómeno, recurriremos a dos figuras: la de «enfermo total» (Correa, 2009) y la de «enfermedad ubicua» (Martínez-Hernáez, 2009). La primera sugiere que el trastorno y sus significaciones impregnan el tejido vital de la persona diagnosticada. El sujeto deviene en una suerte de enfermo absoluto que no sólo «está», sino que lo «es» en todas las instancias de su yo cotidiano. Sus identidades se fosilizan y se vuelven exclusivamente patológicas (Correa, 2009). Por otro lado, la metáfora de la «enfermedad ubicua»[8] explica como aquello que los pacientes digan o hagan ya no es acertado ni verosímil y no tiene valor social. Este concepto pone de relieve que la vida de un «enfermo mental crónico» queda desligada de aquellas identidades que le podían ofrecer un rol activo y una resignificación de su propia existencia. Al «paciente» se le aplica un «tratamiento total», dado que toda conducta o acción realizada por el sujeto es atribuida al trastorno mental (Martínez-Hernáez, 2009). Así, el itinerario hacia el ser en tanto enfermo absoluto contribuye a la deslegitimación del sujeto como actor frente a su proceso (Correa, 2009).

8 La metáfora de la enfermedad ubicua supone de forma casi invariable la atribución de una competencia nula o prácticamente inexistente a los afectados para desarrollar actividades que llevan a cabo sus conciudadanos y que están asociadas a una identidad social, alguien socialmente hablando que no sea enfermo o usuario. La problemática del enfermo mental crónico es una cuestión de dignidad y de expectativas sociales ya que, las personas con trastorno mental grave no pueden adquirir un status que les permita desarrollar sus potencialidades (Martínez-Hernáez, 2009).

Este tipo de fenómenos era propio de la objetivación que se hacía del sujeto en el manicomio. Por un lado, el ritual de entrada al hospital, despersonalizar al sujeto, vaciarlo. Concebir que esa persona «ha» dejado de ser quien era en su comunidad y su red social para pasar a ser un enfermo, que siempre ejercerá como tal en su relación con el sistema médico y la comunidad. Se implanta así la idea de cronicidad de este tipo de trastorno bajo la idea de «no-curabilidad», la perpetuación de este mismo estado «de por vida», como suele decirse. A partir de aquí, el trato con el paciente se verá siempre enmarcado en la lógica sintomatológica, que hace que el sujeto sea siempre interpretado desde el trastorno.

El diagnóstico como ritual de paso, dejando al sujeto en el intersticio, y las figuras de enfermo total y enfermedad ubicua explican esta reproducción de formas de atender los trastornos mentales y sus significaciones, ya sea para las personas diagnosticadas como para sus familiares (Alegre-agís, 2016a, 2016b). La propia conceptualización de cómo se entiende la «enfermedad» recrea y reproduce las formas de objetivación, control, hiper-vigilancia, entre otras cosas, de los pacientes por parte de las propias familias que viven con ellos. Esta base idiosincrática, la imagen cultural del trastorno, es el principal cimiento que llega a una forma de adaptación tipo modelo custodial de las instituciones por parte de las familias en las formas de atender y cuidar al «loco».

### *Panoptismo: vigilar y «castig… cuidar»*

Definir los cuidados es una tarea ardua. Existen numerosas definiciones que podríamos hacer encajar en el contexto de la atención a personas con diagnósticos de TMG. Sin embargo, basándome en la experiencia etnográfica y en la tesis de partida, mi intención es presentar una definición específica de los cuidados para estos casos. Una definición que no pretende hacerse extensiva a otros contextos culturales ni servir para otro tipo de patologías, incluso mentales. Se trata de una definición que se desprende, por un lado, de la idea de cronicidad y de las figuras de enfermo total y enfermedad ubicua. Por otro, de las dinámicas y lógicas asociadas a la atención cotidiana que familiares —en general padres y madres— ejercen sobre sus hijos/as diagnosticados/as.

Así, «los cuidados» serían todas aquellas prácticas cotidianas que una serie de personas convivientes —cuidadores/as— realizan por, para

y sobre la persona enferma, destinadas a la evaluación y la evitación de las descompensaciones o brotes de espectro psicótico, con el objetivo de «normalizar» —según el sentido común cultural—[9] el comportamiento del sujeto receptor de los cuidados. Dichas prácticas derivan de «lógicas» como la imposibilidad de curación —cronicidad—, la pérdida de un sujeto previo al diagnóstico, la lectura sintomatológica del discurso y comportamiento de la persona diagnosticada, y la «patologización» y «terapeutización» de las instancias cotidianas del sujeto en cuestión. Estas prácticas se caracterizan por el control de los hábitos de higiene, la alimentación, las relaciones públicas y laborales, y la estructuración de los tiempos y el espacio, así como el control sobre el uso de objetos. La vigilancia en la administración de fármacos, el consumo de otras substancias como pueden ser el alcohol, el tabaco u otras drogas. La aprobación y desaprobación de actividades lúdicas o que impliquen la salida del espacio doméstico. Ejercicio de poder sobre las emociones fuertes o el sufrimiento, y sobre la vida personal, amorosa y sexual.

Como vemos, la línea entre «atender/cuidar y controlar», en este tipo de casos, es muy difusa. Se trata de una vigilancia que guarda, en la mayoría de los casos, un fuerte componente moral que lleva a los cuidadores hacia la infantilización y la percepción de discapacidad de los diagnosticados. Existe, como decíamos al principio, un componente básico para que este tipo de cuidados se desarrolle: «el miedo». Si recurrimos a una definición del miedo, como puede ser la de la Real Academia Española (RAE),[10] una definición culturalmente aceptada en nuestra sociedad, este se vincula a la «angustia por un riesgo o daño real o imaginario» en su primera acepción, y un «recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea». Esta definición nos acerca a otros conceptos como riesgo, peligro, alarma. Podríamos utilizar el concepto de «riesgo» (Lupton, 1999) que, desde luego, puede delimitarse mucho mejor que una categoría tan volátil y ambigua como puede ser el miedo. Sin embargo, recurriendo a un lenguaje emic de la situación, los profesionales de la salud mental hablan de «riesgos», pero los familiares hablan de «miedo»; en este caso, la que nos interesa, es la segunda. La definición oficial para nuestra lengua

9 Martínez-Hernáez (2000) nos habla de que, en realidad, la locura no rompería con la razón, sino con el sentido común establecido culturalmente.

10 Edición del tricentenario: <http://dle.rae.es/?id=PDGS53g> (Consultado en línea en 30/06/2017).

española es curiosa, ya que contempla el riesgo «real» o el «imaginario», una concepción muy freudiana, si tenemos en cuenta que el psicoanalista vienés distinguió entre la ansiedad o miedo real, moral y el neurótico (Schultz y Schultz, 2003). Definir todos los miedos que genera el sujeto «loco» puede necesitar un libro entero. Pero, nos ceñiremos a comprenderlo, en este caso en concreto, como todos aquellos comportamientos que comete o no el sujeto con el diagnóstico, pero que son interpretados por los cuidadores y las cuidadoras como posibles avisos de una descompensación/brote psicótico en potencia. Si bien es un sentido muy ceñido, en relación a todo lo que he ido encontrando en el trabajo de campo, es suficiente para comprender el motor de arranque que impulsa las prácticas que hemos mencionado como características del «cuidado/control». Así, este miedo puede darse de tres formas siguiendo la clasificación freudiana: a veces es real, es decir, que proviene de observar «síntomas» latentes que pueden interpretarse como un posible aviso de brote. Otras veces es moral, es decir, que el miedo proviene de un mundo social interiorizado bajo parámetros que son culturales, lo que lleva a interpretar cualquier comportamiento que se salga de la norma como un posible síntoma. Y, por último, el miedo neurótico o imaginario, y que está más vinculado a la ansiedad; es decir, no existe un indicio o comportamiento que indique la posibilidad de síntoma que derive en brote, pero, sin embargo, mantiene los niveles de alerta de forma constante.

Si vinculamos entonces el miedo y la concepción crónica del trastorno desde un punto de vista social y cultural, observamos que entonces el «control» y la «vigilancia» cobran sentido. Si quienes cuidan de la persona diagnosticada temen la descompensación, en tanto suponen los episodios de mayor sufrimiento, imposibilidad de comunicación y descontrol de la situación, es comprensible que el cuidado gire en torno a que esto no suceda. Así, la lógica del cuidado se convierte en una constante de estar alerta y, constantemente, interpretando al sujeto. La idea de cronicidad de la enfermedad, proyectada desde la psiquiatría, hace que las familias entiendan que el trastorno no puede curarse. La alerta entonces no descansa. Es constante, las 24 horas del día. Como en el manicomio. Las figuras cuidadoras principales, en este caso las figuras femeninas —madres en casi la mayoría de los casos—, se convierten, metafóricamente, en una suerte de panóptico que no solo todo lo debe ver, oír y saber, sino que todo lo ve, lo oye y lo sabe. Si siguiéramos con esta metáfora, siguiendo la idea de «panoptismo foucaltiano» (Foucault, 1976), las madres son una figura

central en cuanto al cuidado, y por ende se ubican en el centro de las relaciones vinculadas al control en la estructura parental, y concretamente en su relación con la persona —hijo/hija diagnosticado—. El sujeto en cuestión se mueve en forma circular a esta figura, como si habláramos de la propia infraestructura ideada por Bentham; la ubicación «espacial» del sujeto es así la del observado perpetuo, por el lugar que se le ha atribuido y que ha incorporado. Esta idea de «control» y «observación» nos remonta fácilmente al espacio «manicomial» y «custodial». Así como la higiene, la alimentación, los tiempos, el uso de los espacios, de los objetos, su vida relacional, entre otras tantas cosas eran impuestas al sujeto por la institución, de una manera prácticamente idéntica, las familias adoptaron las mismas lógicas para tutelar y custodiar la locura. El miedo y la cronicidad han jugado un papel fundamental en la paradoja. La apertura del hospital mental y el cambio hacia una psiquiatría comunitaria ha traspasado el modelo previo hacia los hogares. Las familias, a su vez, sienten estás prácticas como las más acertadas, son un modelo instaurado en el imaginario cultural que de algún modo los trasporta a la «seguridad» que podía ofrecer el hospital mental. Así, el espacio que ocupa hoy el loco sigue siendo, en cierta medida, una institución total domiciliar.

## *Conclusiones: institución doméstica total*

> Lo instituido se recompone, nos dijo Freud, y por ello nunca estamos exentos de repetir, también en el espacio comunitario, la institucionalización de una práctica excluyente en sus formas a veces, muy sutiles (Leal, 2008).

En el último tercio del XIX surgió en Estados Unidos la expresión «era doméstica» para calificar un modelo de hospital que buscaba la asimilación de un ambiente familiar, perfilando su gestión en torno al personal femenino y con una práctica médica centrada en la relación entre el enfermo, el médico y la red social fuera de la institución (Martín, Comelles y Arnau, 1993). Si el hospital se organizó a partir de parámetros propios del domicilio, ¿por qué no podría entonces el espacio doméstico convertirse en una hospitalización a domicilio cuando el discurso hegemónico de la Medicina proyecta sus formas de atender sobre las familias? A partir de la desinstitucionalización de los enfermos psiquiátricos el espacio doméstico se convierte en un espacio de juicio —diagnóstico—, cuidado —terapéutica— y significado por la patología.

El concepto de «hospital doméstico» nos sirve para pensar que las formas de organización para atender a la salud pueden trasladarse de casa al hospital en el XIX, o del hospital a casa a finales del XX. En su momento la organización «doméstica» del hospital era funcional, hoy ha dejado de serlo al reducirse al extremo los tiempos de hospitalización de los enfermos agudos y al redistribuirse la atención al crónico, en un mosaico de dispositivos que atiende al TMG por fragmentos y no ofrece una verdadera atención integral. En este modelo es «funcional» que la familia sea el «contenedor» de la tutela, la responsabilidad, y en última instancia, de la «terapéutica».

Las formas de atender la locura siguen desarrollándose bajo el paraguas de la infantilización y la discapacidad. Todos los componentes que hemos mencionado, desde el proceso diagnóstico como ritual de paso, la figura del enfermo total, la idea de enfermedad ubicua, la cronificación del trastorno, y las características del cuidado que nos llevan directamente a la idea de control y vigilancia, en suma, derivan en la perpetua estancia dentro del hogar. Tanto desde el propio afectado, como desde sus cuidadores o los profesionales de la salud, se alimenta la reclusión y el aislamiento. Por una parte, se entiende que esto, de alguna manera, protege al individuo de posibles peligros que acechan en el exterior. Por otro, se entiende que el mismo individuo puede ser un peligro para «el afuera» así que, su «internamiento» en casa exime tanto al sistema médico como al propio estado de muchas responsabilidades. El sujeto, finalmente, acaba recluyéndose porque, ciertamente, se siente más seguro y protegido del juicio social.

## *Bibliografía*

Alegre-agís, Elisa (2016a) «Ethnoscapes domésticos y rite de passage: significación y cronicidad». *Revista de Antropología Social UCM*, 25(1): 195—217.

Alegre-agís, Elisa (2016b) «La experiencia sintomatológica: significación y resignificación del diagnóstico en tres casos de trastorno mental severo». *Revista Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 16: 59—79.

Alegre-Agís, Elisa y Comelles, Josep M. (2016) «La traducción de genealogías intelectuales: las paradojas actuales de los textos doctrinales de la desinstitucionalización en España». En Esteban-Hernández, Silvia; Márquez, Iñaki; Martínez-Azurmendi, Óscar; Sánchez-Álvarez, María L.; Urmeneta, Xavier (Ed.) *Historias de la salud mental para un nuevo tiempo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/58. Pp. 219–238.

American Psychiatric Association (APA) (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Arlington: American Psychiatric Pub.

Basaglia, Franco (1968) *L'Istituzione negata: rapporto da un ospedale psichiatrico*. Torino: Giulio Einaudi.

Canals, Josep (2002) *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectads en la crisis del Estado del Bienestar*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

Capellá, Alfred (2001) «La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán». *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI(79), 101–128.

Caudill, William (1958) *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Cambridge: Harvard University Press.

Ceruelo, Judith (2007) «Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos». *Fmc*, 14(10): 637–47.

Colina, Fernando (2016) «Luces y Sombras de la Reforma de la Salud». *Norte de Salud Mental*, 13(54).

Comelles, Josep M. y Alegre-Agís, Elisa (2016) «Del custodialismo y desinstitucionalización en la psiquiatría bajo el franquismo (1937-1977)». En Esteban-Hernández, Silvia; Márquez, Iñaki; Martínez-Azurmendi, Óscar; Sánchez-Álvarez, María L.; Urmeneta, Xavier (Ed.) *Historias de la salud mental para un nuevo tiempo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Estudios/58. Pp. 205–218.

Correa, Martín (2005) «Radio Nicosia: Propuestas para una inclusión real que derive en eje de nuevos caminos terapéuticos». En *I Congreso La Salud Mental es Cosa de Todos. El reto de la Atención Comunitaria de la Persona con Trastorno Mental Grave desde los Servicios Sociales*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

— (2009) *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos: otras prácticas, otros territorios para la locura*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

Correa, Martín; Silva, Tomás J.; Belloc, Márcio M., y Martínez-Hernáez, Àngel (2006) «La evidencia social del sufrimiento: salud mental, políticas globales y narrativas locales». *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22: 47–69.

Desviat, Manuel (2011) «La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad». *Revista Española de Salud Pública*, 85(5): 427–436.

Espinal, Isabel; Gimeno, Adelina; Gonzalez, Francisco (2006) «El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia». *Estudios Sobre La Familia*, 1: 1–14.

Foucault, Michel (1976) *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.

Freidson, Eliot (1978) *La profesión Médica*. Barcelona: Península.

Goffman, Erving (1961). A*sylums: Essays in the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City: Doubleday.

Gutiérrez Suela, Felicitas (1998) «Tratamiento actual con antipsicóticos de la esquizofrenia». *Farmacia Hospitalaria*, 22(4): 207–212.

Hendon, Julia A. (1996) «Archaeological approaches to the organization of domestic labour: Household Practice and Domestic Relations». *Annual Reviews of Anthropology*, 25: 45-61.

Leal, José L. (2008). «Salud mental y diversidad(es): trabajar en red». En Comelles Josep M. y Bernal, Mariola (Eds.) *Salud Mental, Cultura y Sociedad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios/40.

Loddmfas, 14/1986, de 25 de A. España. Ley Orgánica 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, núm. 102. Pp 1-35.

Lombardo, Emanuela (2003) «La europeización de la política española de igualdad de género». *Revista Española de Ciencia Política*, 9: 65–82.

Lupton, Deborah (1999) *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. (D. Lupton, Ed.). Cambridge: Cambridge University Press.

Marcus, George E. (2001) «Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal». *Alteridades*, 11(22): 111–127.

Martín, Eduardo; Comelles, Josep M. y Arnau, Marina (1993) «El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls». *Dynamis*, 13: 201–234.

Martínez-Hernáez, Àngel (2000) «Fora de cena: a loucura, o obsceno eo senso comum». *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 1–19.

— (2009) «Más allá de la rehabilitación psicosocial. Metáforas de exclusión y tareas de inclusión». *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1).

Ortiz Lobo, Alberto y De la Mata Ruiz, Iván (2001) «Nuevos antipsicóticos». *Información Terapéutica Del Sistema Nacional de Salud*, 25(1): 1–8.

Tajima, Kazuhiro; Fernández, Hernán; López-Ibor, Juan J.; Carrasco, José L.; Díaz, Miguel (2009) «Tratamiento para la ezquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos». *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(6): 330–342.

Stanton, A. H., y Schwartz, M. R. (1954) *The Mental Hospital. A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*. New York: Basic Books Inc.

Stip, Emmanuel (2001) «Antipsicóticos nuevos: temas y controversias. Tipicidad de los antipsicóticos atípicos». *Recherche*, 65(1): 70–91.

Schultz, Duane P., y Schultz, Sidney E. (2010) *Teorías de la personalidad*. México: Cengage Learning Editores.

Van Gennep, Arnold (1981 [1909]) *Les Rites de passage: étude systématique des rites*. Paris: Éditions A. et J. Picard.

# UN LUOGO CHE TOGLIE IL FIATO.
# RACCONTARE IL MANICOMIO.

Ilaria Cover
*Universitat Rovira i Virgili. Medical Anthropology Research Center (MARC)*

**Sommario**: L'esperienza dell'asilo non è traducibile con le parole dell'analisi e il ragionamento. In questo capitolo uso un linguaggio poetico e metaforico per descrivere la ricerca che ho svolto nell'ospedale psichiatrico pubblico di Alessandria, tra il 2012 e il 2014. Le metafore di ispirazione, apnea ed espirazione, guidano il lettore all'esterno e all'interno dell'ospedale, insegnando le connessioni che esistono tra le condizioni vulnerabili dei detenuti e la vulnerabilità del suo ambiente di provenienza.

**Parole chiave**: asilo, donne, istituzioni, Egitto, sofferenza sociale

*A place that takes your breath away. Telling the asylum*

**Abstract**: Analytic and rational language is not suitable to translate the experience of the asylum. In this chapter I use a poetic and metaphoric language to describe the research I carried out at the public psychiatric hospital of Alexandria between 2012 and 2014. The metaphors of inspiration, apnea and exhalation guide the reader inside and outside the hospital, showing the connections between the vulnerable condition of female inpatients and the vulnerability of their social backgrounds.

**Key words**: Asylum, women, institution, Egypt, social suffering.

Comelles, Josep M.; Conejo, Antoni y Barceló-Prats, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 223–236. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

## *Inspirazione*

Aprile 2012. Mi trovo ad Alessandria d'Egitto per assistere alla conferenza di chiusura del *Mehenet Project* (*Mental Health Network Project*), il progetto di cooperazione italo-egiziana grazie al quale il 25 gennaio del 2011 fu aperto il primo centro di salute mentale comunitario del paese, il centro Franco Basaglia di Kobania Abu Kheer. La data, per pura casualità, coincise con l'inizio della cosiddetta «rivoluzione» egiziana. Poche settimane più tardi il presidente Hosni Mubarak, in carica da più di trent'anni, veniva deposto dando a milioni di egiziani la speranza —alla luce dei fatti che si susseguirono, l'illusione— che il loro paese si aprisse finalmente ad un'epoca di rinnovamento, nel quale «pane, libertà, giustizia sociale»[1] non sarebbero più mancate.

Mi aspettavo una città intrigante, che lasciasse trasparire le tracce del suo glorioso passato greco-romano. La conferenza si teneva nella nuova, modernissima, biblioteca alessandrina —il poco che rimane di quell'antica lo custodisce il mare—. Alessandria si estende per trentotto kilometri sulla costa mediterranea, esibendo una sfilata di alti edifici di cemento, molti dei quali abusivi. Tra i giganti senza grazia rimane qualche villa —la maggior parte in decadenza— e qualche edificio in stile coloniale. Fiumi di auto, mini-bus e *tuctuc* scassati che funzionano come *shared taxi* riempiono le strade, contribuendo a rendere meno respirabile un'aria già pesante. A pochi chilometri dalla città, per cominciare, si trova il più grande complesso petrolchimico del Medio Oriente. Nel centro urbano i sacchi della spazzatura, ammonticchiati agli angoli delle strade, vengono bruciati diffondendo un odore acre. I netturbini passano raramente a raccogliere i rifiuti; le postazioni delle guardie che dovrebbero presiedere le banche sono vuote, come vuote sono le postazioni degliagenti che dovrebbero aiutare a districare gli ingorghi agli incroci.

Il dottor Ahmed, un giovane psichiatra che ha collaborato nel *Mehenet Project*, si offre per accompagnarmi a visitare il centro *Franco Basaglia*. Percorriamo in auto la *corniche* che corre parallela al mare, poi ci addentriamo in un quartiere popolare: la strada è sterrata e procediamo a passo d'uomo. Attraversiamo un'area di mercato che brulica di gente di tutte le età, ma solo di classe bassa o medio-bassa. Clacson, grida di autisti

1 «Pane, libertà, giustizia sociale» è stato lo slogan simbolo dei movimenti di protesta popolare che hanno avuto inizio al Cairo (Egitto) nel gennaio 2011.

arrabbiati, starnazzi di galline cui restano pochi minuti di vita, il tutto avvolto da una nube di polvere che sale dalla strada mentre vecchie auto borbottano fumo nero.

Poco più avanti, un gruppo di persone si stringe intorno alla vittima di un incidente. Mi sembra che Ahmed voglia fermarsi per prestare soccorso, così lo esorto a farlo. «Vorrei fermarmi, ma questa zona è troppo pericolosa per te», mi spiega frettolosamente. Gli chiedo a che tipo di pericoli si riferisca. «Pericolo di rapimento, e di stupro. Dopo la rivoluzione, purtroppo, gli episodi di questo genere si sono intensificati».

Tra me e Ahmed cala il silenzio finché, arrivati davanti al cancello dell'ospedale psichiatrico pubblico della città, lui mi chiede se voglio visitarlo, edio accetto. Varcato il cancello dell'istituzione, la prima sensazione è di grande sollievo. Non ci sono rumori forti qui, l'architettura è simmetrica, diverse guardie presiedono le porte: sembra che tutto sia sotto controllo. In realtà, mi sento a mio agio solo perché non ho ancora incontrato gli abitanti di questa «città dentro la città». Ci sono entrata, ma sono ancora nella sua periferia.

Ahmed mi accompagna nello studio del direttore per ottenere il permesso di visitare i reparti. Quando raggiungiamo la porta d'accesso al reparto femminile indigenti mi chiede se sono pronta per entrare. «È il giorno della doccia», mi spiega, «io devo rimanere fuori». La guardia che controlla la porta mi sorride e mi invita con un gesto della mano. Chiude la porta alle mie spalle. Davanti a me si estende un lungo e spoglio corridoio: una miscela di odori sgradevoli si insinua nelle mie narici mentre lo sguardo si riempie di volti e le orecchie di parole incomprensibili.[2]

«'*Aizaakhrog*»[3]
«*Doctora, doctora! Ghenee men fadlek*»[4]
«*Welcome! Do you have a cigarette?*»[5]
«*Sharmouta*»[6]
«'*Ai zahodum ghedida*»[7]

2 Durante quel periodo conoscevo solo poche parole di «ameya», il dialetto egiziano che iniziai a studiare una volta installata ad Alessandria.

3 «Voglio uscire», in questo contesto da intendere come «Voglio essere dimessa».

4 «Dottoressa, dottoressa! Un pound, per favore».

5 «Benvenuta! Hai una sigaretta?»

6 «Puttana».

7 «Voglio dei vestiti nuovi».

Come dicevo, l'aria in città è piuttosto inquinata, ma nell'ospedale psichiatrico è ancora più irrespirabile. Ho ribattezzato l'odore del reparto femminile indigenti come «l'odore dell'oblio», un distillato di bagni maleodoranti, tristezza, capelli sporchi, urla, pigiami consunti, monotonia… Però è soprattutto ciò che vedo e sento —più che ciò che odoro— che mi fa mancare il fiato qui. Nel 1968, Franco Basaglia osservava che:

> […] il malato mentale, immesso in una istituzione la cui finalità terapeutica risulta ambigua nel suo ostinarsi a rapportarsi ad un corpo malato, ha assunto su di sé l'istituzione stessa come proprio corpo, incorporando l'immagine di sé che l'istituzione gli impone […] (Basaglia, 2010 [1968]: 138).[8]

E purtroppo, le sue parole sono profondamente attuali per descrivere le donne che ora incontro nel reparto. Immaginate corpi stanchi avvolti in lunghe camice da notte o in pigiami su cui spicca il timbro dell'ospedale. Immaginate piedi nudi con unghie lunghe e trascurate, spesso contenuti in ciabatte troppo piccole o troppo grandi. Immaginate capelli crespi e arruffati. E immaginate quei corpi distesi o seduti sul pavimento nelle posizioni più svariate, o che vagano senza scopo. La maggior parte delle pazienti cammina lentamente, pigramente e in maniera scoordinata; i loro sguardi sono oassenti, o troppo vivaci. La prima impressione che avete quando entrate in un reparto è di esservi infilatiin uno spazio intimo: siete sorpresi dall'informalità dell'abbigliamento delle pazienti. Presto, tuttavia, capite che questa informalità non è una scelta, bensì un'imposizione.

Per le strade d'Alessandria s'incontrano donne dai vestiti variopinti. Alcune portano l'*hijab* e vestono modestamente, alcune seguono la moda occidentale —spesso senza rinunciare all'*hijab*—, altre ancora indossano il *niqab*[9] e mostrano solo gli occhi agli sconosciuti. Se fuori dall'ospedale varietà e vivacità di colori trionfano, al suo interno sono l'omogeneità e l'opacità a dominare. Qui alle donne non è permesso portare il velo, per

8 Si può dire che i malati di mente, introdotti in un'istituzione il cui scopo terapeutico è ambiguo a causa della sua ostinazione a relazionarsi con un corpo malato, adotta l'istituzione stessa come proprio corpo, incorporando l'immagine di sé che l'istituzione impone su di esso.

9 Per niqab s'intende un velo, di solito in tinta unica e scura, che copre il collo e il volto delle donne lasciando scoperti solo gli occhi. L'hijab, invece, è un velo —disponibile in molti colori e fantasie— che lascia scoperto il viso delle donne, nascondendone però i capelli e il collo.

ragioni di sicurezza.[10] Qui tutte le donne si somigliano perché, in un certo senso, tutte somigliano all'istituzione.

Ripetendo quasi meccanicamente *salam aleikom*[11] —un saluto molto comune nei paesi arabo-musulmani—, con un sorriso come maschera, mi districo da domande che non comprendo, da mani che mi afferrano e mi sfiorano, da sguardi che non so decifrare. Raggiungo la fine del corridoio, attratta da un profumo sorprendentemente gradevole. Una modesta sala d'aspetto precede una stanza didieci metri quadrati in cui tre psichiatri siedono alle loro sgangherate scrivanie. Le emozioni forti possono giocare brutti scherzi alla memoria, deformando i ricordi o colorandoli di strane tinte. Durante il mio lavoro di campo sono tornata molte volte in quella stanza, ma non ho mai più visto la scena fantastica che appare tuttora nella mia mente rammentando quel giorno: tre psichiatri avvolti in una nube d'incenso, simili al Brucaliffo di «Alice nel paese delle meraviglie», intenti a custodire gelosamente qualche preziosa verità scientifica.

## *Apnea*

Il lavoro di campo nell'ospedale psichiatrico di Alessandria fu costellato di emozioni forti. Queste emozioni non colorarono di strane tinte solo la mia memoria, ma anche la mia vita quotidiana, sia diurna che notturna. Le storie delle pazienti amareggiavano i miei pomeriggi, emergevano come figure inquietanti nei miei disegni, s'ingarbugliavano con le trame dei miei sogni. Riferendosi alla sua esperienza di etnografa presso un reparto psichiatrico danese, l'antropologa Francine Lorimer scrive:

> Gli antropologi che hanno fatto ricerca negli ospedali psichiatrici hanno scritto sugli sforzi dei pazienti che cercavano di mantener un senso del proprio sé durante l'ospedalizzazione (…). È anche uno sforzo per l'antropologo. Mi colpisce che questa sia la ragione per cui avevo bisogno di così tanto tempo senza fare nulla (Lorimer, 2010: 105).

10 Alcuni membri del personale giustificano questa misura riferendosi alla possibilità che le pazienti utilizzino il velo per farsi del male o per togliersi la vita —purtroppo, esistono dei precedenti in questo senso—. Tuttavia, la proibizione del velo all'interno dell'ospedale psichiatrico presenta delle eccezioni e, a mio avviso, può essere spiegata da una molteplicità di fattori connessi a ciò che Goffman ha definito come processi di «mortificazione del sé» (Goffman, 1991 [1961]). Per un approfondimento sul tema, consultare Cover (2016: 276-287).

11 «La pace sia con voi».

Dopo aver passato un'intera mattinata facendo lavoro di campo all'ospedale, infatti, Lorimer sentiva l'esigenza di stare sola, camminando o cucinando per la sua famiglia mentre rimuginava sulle sensazioni provate in compagnia delle sue informanti. Quando, verso l'ora di pranzo, lasciavo l'ospedale per tornare a casa, il mio umore era solitamente pessimo. Scrivere il diario di campo mi aiutava a stemperare le emozioni suscitate dal contatto —più spesso, dall'impatto— con la realtà dell'istituzione.

La visita all'ospedale psichiatrico pubblico di Alessandria con il dottor Ahmad nell'aprile del 2012 influenzò in modo decisivo le scelte del mio lavoro di campo, che si svolse tra il mese di ottobre dello stesso anno e il mese di maggio del 2014. Quel giorno d'aprile visitammo anche il centro Franco Basaglia che essendo un centro diurno, nuovo e gestito da un team entusiasta, aveva ben poco in comune con l'ospedale centrale. Costruito negli anni Settanta, l'ospedale psichiatrico di Alessandria è uno dei cinque maggiori ospedali psichiatrici pubblici del paese —sono in tutto 17— e conta con quasi un migliaio di posti letto. L'esiguo numero di psichiatri e psicologi che vi lavora non riesce a garantire un servizio di qualità ai numerosi pazienti. Più che un luogo di riabilitazione, l'ospedale è un luogo di custodia per persone —la maggiore parte proveniente da classi svantaggiate— che nelle loro famiglie e comunità non ricevono le cure adeguate. Per molti pazienti, l'ospedale funziona come un «parcheggio», un «capolinea», un luogo in cui i loro parenti li «sistemano» spinti da disperazione, rifiuto, povertà, stigmatizzazione o, nella maggioranza dei casi, da una combinazione di tutti questi fattori.

Decisi di focalizzare il mio studio sulle donne che erano ricoverate nel manicomio, spesso da decenni, a volte per ragioni non circoscritte al soffrire di una malattia mentale[12] Mi interessava comprendere, in particolare, se e come la vita all'interno dell'istituzione riusciva a trasformare la percezione che le donne avevano di sé stesse. Il percorso fatto con Ahmadin automobile divenne poi routinario per me, con la differenza che non lo facevo più in compagnia di un amico, ma di sconosciuti con cui condividevo le corse, spesso spericolate, di due diversi minibus. Attraversare

12 Per alcune donne —la maggior parte di bassa estrazione sociale— comportarsi in maniere socialmente devianti può comportare il rischio di essere ammesse all'ospedale psichiatrico con una diagnosi di disturbo di personalità. Per approfondire questo tema, consultare il capitolo 7 di *Open Walls: the Experience of Psychiatric Institutionalization through Egyptian Women's Drawings* (Cover, 2016).

Alessandria nelle caotiche ore mattutine e nelle calde ore pomeridiane mi permetteva di raccogliere una gran quantità di dati etnografici. Presto mi fu chiaro che la porta dell'edificio in cui vivevo e il cancello del reparto in cui le donne erano rinchiuse erano connessi da un invisibile ma resistente filo di *social suffering* (Kleinman, 1988), un filo capace di intessere le vite di molti, ma soprattutto dei più vulnerabili.

Le ragioni che rendevano irrespirabile l'aria di Alessandria, fuori e dentro l'ospedale, erano diverse. Fuori —oltre all'inquinamento— erano soprattutto i frequenti episodi verbali e fisici di *sexual harassment* verso le donne, la precarietà dei servizi pubblici, l'inquinamento e la confusione a contaminare il clima quotidiano. Dentro all'ospedale —oltre all'«odore dell'oblio» che impregnava le stanze— la sorgente di tossicità proveniva prevalentemente dalla logica stessache reggeva la vita istituzionale, una logica che rispondeva ad un potere estremamente pervasivo: il «potere psichiatrico».

Foucault definisce il potere psichiatrico come un potere che impone una specifica visione della realtà, «un operatore di realtà, una sorta di intensificatore di realtà intorno alla follia» (Foucault, 2008: 143). Attraverso ordinati sistemi di classificazione e gerarchizzazione il potere psichiatrico incasella le espressioni della sofferenza umana in quadri psico-patologici, applicando al paziente un'etichetta che lo isola rapidamente e spesso definitivamente dalla sua comunità. La logica psichiatrica, come la logica biomedica, tende ad ignorare o a dare poco credito alle cause extra-biologiche delle malattie. Le persone che soffrono di un disturbo mentale sono raramente considerate come soggetti inseriti in una particolare rete familiare, sociale, politica ed economica. Sono più spesso percepiti, e di conseguenza trattati, come «islas psicopatológicas»[13] (Martínez-Hernáez, 2005, 2006); la comprensione del loro disagio e il suo alleviamento sono compromessi da una visione riduzionista e biologista della malattia.

Nella maggior parte dei casi, essere ammessi ad un ospedale psichiatrico equivale a trasformarsi in dei «malati totali», in individui il cui comportamento ed espressione verbale sono automaticamente interpretati in chiave patologica. Il mio lavoro di campo ha dimostrato che questa tendenza è diffusa a diversi livelli della gerarchia ospedaliera e non esclude i pazienti stessi. Il mal di pancia di una paziente che, in mezzo al corridoio

13 «Isole psicopatologiche».

del reparto, si piega in due per il dolore è, nelle parole di un'infermiera, un «delirio somatico»; le lamentele di una paziente per il trattamento ricevuto da alcune inservienti sono, secondo una psichiatra, «just hallucinations»[14]. Non stupisce dunque che persino Hala, una donna istituzionalizzata da diversi anni, interpreti la sua difficoltà nel disegnare figure simmetriche come espressione inequivocabile della sua patologia.

Nelle lezioni impartite al *Collège de France* tra il 1973 e il 1974, pubblicate nel volume *Psychiatric Power*, Foucault ridefinisce il concetto di violenza che aveva utilizzato in precedenza nella sua celebre opera *History of Madness* (2006[1961]). Dato che la violenza è comunemente associata ad un potere fisico e sregolato, Foucault spiega, si tende pensare che quando il potere non è pervaso dalla violenza fisica, non sia un potere fisico (Foucault, 2006:4). Dal suo punto di vista, tuttavia, «ciò che vi è di essenziale in ogni potere [è] dato dal fatto che il suo punto di applicazione è sempre, in ultima istanza, il corpo. Ogni potere è fisico, ed esiste sempre una connessione diretta tra il corpo e il potere politico» (Foucault, 2008:14). Il filosofo francese propone di sostituire il termine «violenza» con «microfisica del potere». Per Foucault, il potere non è una forza concentrata in una sola persona, gruppo o luogo e non viene esercitato unicamente dall'alto verso il basso. Si può piuttosto definire come un meccanismo complesso, irregolare e diffuso che, nel contesto manicomiale, assume diverse sfumature ed è distribuito in modo non omogeneo tra le figure professionali.

Gli strati più bassi della gerarchia professionale, come inservienti e infermieri, applicano il potere psichiatrico in modo manifesto; attraverso gesti quotidiani orientati alla cura, mettono in atto le misure di assoggettamento e omogeneizzazione dei pazienti imposte dall'istituzione. L'*habitus* (Bourdieu, 1977) che le persone acquisiscon准nelle loro famiglie e comunità di provenienza subisce, attraverso tali misure, una lenta e progressiva trasformazione. Il paziente è costretto adis-*habitu*-arsi alla molteplicità di ruoli che occupava quando era inserito nel tessuto sociale per adattarsi al denigrante, uniforme habitus istituzionale.

Gli strati più alti della gerarchia professionale, come psicologi e psichiatri, esercitano invece il potere psichiatrico in maniera più dissimulata. Le loro pratiche, più che a domare i corpi, mirano ad addomesticare le menti. Il discorso esperto dello psichiatra esige che il paziente acconsenta

14 «semplicemente allucinazioni».

all'incasellamento della sua sofferenza in un quadro diagnostico specifico. I pazienti che trascorrono molti anni all'interno di un'istituzione psichiatrica finiscono per assorbire la logica istituzionale: nelle parole di Basaglia, arrivano ad «incorpora[re] l'immagine di sé che l'istituzione gli impone» (Basaglia, 2010 [1968]: 138). Questo spiega perché, come accennavo più sopra, i corpi delle pazienti si assomigliano fra loro —i loro capelli arruffati e trasandati fanno pensare alle palme rinsecchite del giardino del loro reparto, le loro vesti bianche e consunte alle pareti spoglie delle stanze—. Sui corpi delle pazienti non è difficile scorgere «la diretta connessione tra il corpo e il potere politico» (Foucault, 2008: 14).

### *Espirazione*

Per raggiungere l'ospedale, attraversando zone ad alta concentrazione di *social suffering*, era necessario fare un respiro profondo. Per resistere al suo interno, senza farsi sopraffare dalla tossicità dell'ambiente, a volte era necessario rimanere in apnea. Alcune pazienti avevano sviluppato delle strategie di resistenza alla logica istituzionale, strategie che spaziavano dal rifiuto a rivelare il proprio nome al fare ironia sul linguaggio usato dagli psichiatri. Altre, soffrendo di una «dispnea» cronica, si erano allontanate sempre più dalla realtà condivisa, rifugiandosi in una percezione delmondo sensibile ai loro occhi meno dolorosa.[15]

La mia strategia per gestire l'apnea indotta dall'impatto con il manicomio fu ricorrere all'espressione artistica, sia durante il lavoro di campo che durante la stesura del testo di tesi dottorale. Durante il lavoro di campo, motivata dal desiderio di creare uno spazio espressivo non terapeuticamente connotato, proposi al direttore dell'ospedale di coordinare delle sessioni di espressione artistica in compagnia delle pazienti e di una traduttrice che non avesse connessioni con il settore psichiatrico. Il direttore accettò ad una condizione: che in ogni gruppo di pazienti fossero presenti anche uno psichiatra, uno psicologo e un assistente sociale. Voleva che i membri del personale imparassero una nuova tecnica per interagire con le pazienti, e riteneva che gli psichiatri avrebbero potuto svolgere senza

15 Questo, per esempio, era il caso di Nahla, che giustificava la presenza di inservienti e infermiere intorno a lei come prova del fatto che fosse una donna importante. In realtà, spiegava, non si trattava di membri del personale sanitario, ma di dame di compagnia che si occupavano quotidianamente della sua bellezza.

problemi il ruolo di traduttori. Quest'opzione presentava due svantaggi fondamentali. Primo, condizionava notevolmente la libera espressione delle pazienti, che non potevano evitare di sottrarsi allo sguardo clinico dei loro dottori; secondo, riduceva l'esattezza delle informazioni verbali che, come etnografa, riuscivo a raccogliere. Alcuni psichiatri, infatti, non facevano una traduzione letterale del discorso delle pazienti. Selezionavano i dati che ritenevano fossero di mio interesse e traducevano il linguaggio esperienziale delle pazienti nel gergo psichiatrico, a volte caricandolo d'intensità patologica.[16]

Trovandomi costretta ad accettare la proposta del direttore, decisi di introdurre una regola che mirava, per quanto possibile, ad attenuare lo squilibrio di potere che caratterizza tanto la dinamica d'interazione terapeuta-paziente quanto quella di antropologo-informante —in entrambe le coppie, l'*agency* dei primi è di solito nettamente superiore a quella dei secondi—. L'idea era che tutti i partecipanti agli incontri di espressione artistica —incontri che si tenevano con frequenza bisettimanale nella biblioteca dell'ospedale— vi avrebbero partecipato in maniera attiva. Tutti sarebbero stati, allo stesso tempo, osservatori e osservati; indipendentemente dal proprio stato di salute mentale, ognuno si sarebbe sforzato di rendere pubblico qualcosa che apparteneva alla sua esperienza privata. I temi che proponevo durante le sessioni erano strettamente collegati con le mie domande di ricerca: lavoravamo, per esempio, con la tecnica del collage per realizzare autoritratti o con il disegno a pastello per rappresentare l'ospedale psichiatrico. La prima parte di ogni sessione era dedicata all'espressione artistica individuale, mentre la seconda alla condivisione dell'esperienza e allo scambio di opinioni sulle figure e le storie che emergevano dai disegni.

Il foglio bianco e la biblioteca in cui ci riunivamo erano spazi fisici e simbolici di apertura e di creatività, che offrivano alle partecipanti la possibilità di raccontarsi attraverso immagini e storie condivise deliberatamente —non attraverso le domande stereotipate di un'intervista clinica o di un test psicologico—. Alcune pazienti manifestarono in modo eloquente la soddisfazione di poter esercitare la propria *agency* in uno spa-

16 «Amina dice che le piace il lavoro artistico, ma che negli ultimi tre giorni è stata disforica». Una psichiatra mi disse durante un workshop: «Amina è stata… cosa, scusi? Le chiesi». Quando mi spiegò il significato di «disforica» —un termine medico che indica uno stato di angoscia o insoddisfazione— compresi che Amina si era sentita semplicemente triste.

zio, quello manicomiale, normalmente organizzato per reprimerla. «Sono contenta di partecipare a questi incontri. Qui, per la prima volta da quando sono ricoverata, ho sentito di essere una persona con dignità», commentò in un'occasione Sabrin; «Mi piace venire qui [agli incontri] perché mi permette di avere controllo su ciò che faccio», spiegò Hannen.

Lavorare con l'espressione artistica applicando dinamiche orizzontali di relazione permise non solo ad alcune pazienti, ma anche ad alcuni professionisti della salute e all'antropologa stessa di sperimentare ruoli differenti da quelli imposti dalla logica istituzionale. Le sessioni offrivano, per riprendere la metafora della respirazione, una possibilità di «tirare il fiato», ossigenarsi, espirare in un ambiente a «tossicità elevata».

Mesi dopo aver terminato il lavoro di campo e aver lasciato Alessandria tornavo occasionalmente a stare in compagnia delle mie informanti attraverso le immagini oniriche di qualche drammatico sogno notturno. Il lavoro dell'antropologo, specialmente se realizzato in ambienti intrisi di violenza e *social suffering*, non si limita mai solo alle ore di ricerca e d'interazione con gli informanti. È un lavoro che si estende ad altri luoghi e ad altri tempi, spesso intimi, che coinvolge i cinque sensi e la sfera inconscia del ricercatore. Riconoscere e dare importanza a come il lavoro di campo influenza l'esperienza vitale dell'antropologo —sorprendendo, sconvolgendo, facendo sorgere dubbi e producendo *insights*— può arricchire e rendere più completa la ricerca etnografica. Come osserva l'antropologa nippo-americana Dorinne Kondo:

> Dobbiamo riconoscere che le nostre emozioni e le nostre inclinazioni influenzano inevitabilmente i nostri pregiudizi. Anche questi ultimi possono produrre conoscenza in maniera legittima, dato che la conoscenza non è puramente cognitiva. È anche il prodotto delle nostre affinità e sensibilità emotive (Kondo, 1986:85).

Dare poco credito alle emozioni e agli aspetti extra-cognitivi del lavoro di campo sarebbe stato, ad ogni modo, molto complesso nel caso della mia ricerca. L'adattamento ad una cultura estranea come era per me quella egiziana, l'assestamento in una città complessa quale è Alessandria, l'interazione con persone sofferenti e vulnerabili quali sono le pazienti psichiatriche e con la tossicità dell'ambiente in cui sono istituzionalizzate mi sopraffacevano, provocando in me uno stato di saturazione ed *impasse*. Il lavoro di espressione artistica all'interno dell'ospedale, la scrittura del diario di campo e dei sogni ad esso connessi furono attività utili a gestire

gli aspetti extra-cognitivi della ricerca. In alcuni casi, queste attività mi permisero di sviluppare intuizioni e concetti analitici significativi per il mio lavoro.

Il ricorso all'espressione artistica è stato fondamentale anche nell'elaborazione della tesi dottorale: mi ha permesso di tradurre la complessità dell'esperienza vissuta e di dare forma all'indicibilità, all'ineffabilità del manicomio. Quando parlo di espressione artistica nella tesi mi riferisco a una serie discelte letterarie e grafiche particolari. Innanzitutto, il testo è ricco d'immagini, disegni e fotografie realizzate dalle pazienti e da me durante le sessioni di espressione artistica. Non si tratta semplicemente d'illustrazioni, ma di fonti d'informazione fondamentali per analizzare e comprendere la vita istituzionale. Il tipo di scrittura utilizzato nella tesi è frutto di un continuo dialogo tra immaginazione e pensiero razionale. Il testo abbonda di metafore, che sono essenzialmente di due tipi: architettoniche e biologiche. Le prime sono utili per spiegare la mia percezione sulla natura e le funzioni dell'ospedale psichiatrico nella società egiziana; le seconde per analizzare e comprendere gli effetti della logica istituzionale sulle persone che vivono e lavorano all'interno dell'istituzione. Con l'obiettivo di coinvolgere il lettore e trasmettergli l'esperienza etnografica nella maniera più realistica possibile, ho combinato due diversi stili di scrittura: lo stile formale dell'analisi teorica e lo stile colloquiale della narrazione si susseguono nel testo senza soluzione di continuità. Inoltre, riferimenti all'opera letteraria «Le città invisibili» di Italo Calvino (1974) attraversano come un filo rosso differenti parti del testo, descrivendo con vari esempi in che senso l'ospedale stesso sia una città invisibile —o per meglio dire, «invisibilizzata»— all'interno della caotica metropoli mediterranea.

Infine, nell'appendice della tesi è incluso un racconto breve, *Immersion in the psychiatric hospital of Alexandria*,[17] che scrissi poche settimane dopo la prima visita al reparto femminile indigenti dell'aprile 2012. In questo racconto propongo la metafora dell'ospedale psichiatrico come acquario, un luogo caratterizzato da una forte scarsità di ossigeno —metafora della libertà— e da un eccesso di acqua —metafora della logica istituzionale che organizza non solo gli spazi dell'istituzione ma anche i comportamenti di chi vive e lavora al suo interno—. La metafora dell'ospedale come acquario e della dispnea che provoca in chi vi accede è poi ripresa, con vari risvol-

17 «Immersione nell'ospedale psichiatrico di Alessandria».

ti, nei sette capitoli della dissertazione. Oltre ad essere strumenti concettuali-analitici, le metafore sono anche vettori di emozioni, sensazioni ed immagini. Questa proprietà le rende estremamente utili per trasmettere in maniera realistica l'esperienza etnografica. Elaine Scarry (1985), riferendosi alla sofferenza fisica, scrisse che il dolore resiste al linguaggio. Si può certamente dire lo stesso sia in riferimento alla sofferenza che la psichiatria definisce come «mentale», sia in riferimento all'esperienza di entrare in contatto con i luoghi preposti teoricamente alla sua cura ma più spesso, in pratica, al suo occultamento o contenimento. Per raccontare un manicomio mancheranno sempre le parole, perché ciò che lì si vede, si odora e si sente toglie il respiro. L'esperienza del manicomio resiste al linguaggio razionale, ed è allora che la creatività entra in gioco.

*Bibliografia*

Basalgia, Franco (2010) [1968] *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Milano: Baldini Castoldi Dalai editore.

Bourdieu, Pierre (1977) *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge and New York: Cambridge University Press.

Calvino, Italo (1974) *Invisible Cities*. William Weaver (trad.). San Diego, New York and London: Harcourt Brace & Company.

Cover, Ilaria (2016) *Open Walls: the Experience of Psychiatric Institutionalization through Egyptian Women's Drawings*. [Tesi dottorale] Tarragona: Universitat Rovirar i Virgili.

Foucault, Michel (2008) *Psychiatric Power: Lectures at the Collège de France 1973-74*. Graham Burchell (trad.). Houndmills (Basingtoke) and New York: Palgrave Macmillan.

— (2006) [1961] *History of Madness*. London and New York: Routledge.

Goffman, Erving (1991) [1961] *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. London: Penguin Books.

Kleinman, Arthur; Das, Veena and Lock, Margaret (1997) «Introduction». In Kleinman, Arthur; Das, Veena; Lock, Margaret (eds.) *Social suffering*. Berkeley, Los Angeles and London: Universityof California Press. Pp. 9—27.

Kondo, Dorinne K. (1986) *Dissolution and Reconstruction of Self: Implications for Anthropological Epistemology*. *Cultural Anthropology* 1 (1): 74—88.

Lorimer, Francine (2010) «Using Emotion as a Form of Knowledge in a Psychiatric Fieldwork Setting». In Davies, James; Spencer, Dimitrina (eds.) *Emotions in the Field, the Psychology and Anthropology of Fieldwork Experience*. Standford: Standford University Press. Pp. 98-126.

Martínez-Hernáez, Àngel (2006) «Cuando las hormigas corretean por el cerebro». *Cad. Saúde Pública*, 22 (11): 2269-80.

— (2005) *Quebrar estigmas, abrir espacios. Retos y realidades de la rehabilitación psicosocial. In La Salud mental es cosa de todos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Pp. 36-41

Scarry, Elaine (1985) *The body in pain: the making and unmaking of the world*. New York: Oxford University Press.

# I MANICOMI DELLA TOSCANA TRA STORIA, RICERCA, TUTELA E VALORIZZAZIONE

Esther Diana
*Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità*

**Sommario**: Le strutture fiorentine di Santa Dorotea e di Pazzeria sono l'emblema di ospedali per malati di mente, nel diciassettesimo secolo e, dal 1788, aggiunge il caso dell'Ospedale Bonifacio a Firenze. La disciplina psichiatrica sviluppato, tra l'altro, grazie a medici come Vincenzo Chiarugi. Attualmente, i sei manicomi della regione Toscana —Firenze, Lucca, Pistoia, Siena, Volterra e Arezzo— sono molto grandi e in uno stato di semi-abbandono, rendendo difficile rispondere alle richieste dei cittadini di protezione e miglioramento di un patrimonio architettonico molto ricco e, anche, del suo materiale documentario.

**Parole chiave**: ospedali di malati di mente della Toscana, ospedali psichiatrici, architettura-miglioramento ospedaliero.

*History of Tuscany's Asylums. Between the History, the Research, your Protection and Improvement*

**Abstract**: St. Dorothy and Pazzeria Florentine facilities stand out among the slipshod seventeenth century shelters for mad people, with the example of Boniface hospital adding to since 1788. The psychiatric discipline will develop thanks to doctors like Vincenzo Chiarugi. Today's Florence, Lucca, Pistoia, Siena, Volterra and Arezzo Tuscan mental hospitals are semi-abandoned vast complexes whose rich documentary and architectural material demands protection and enhancement.

**Keywords**: Tuscan Mental Hospitals, Psychiatric Hospitals, Hospital Architecture-Enhancement.

Comelles, Josep M.; Conejo, Antoni y Barceló-Prats, Josep (eds.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2018, p. 237–263. ISBN: 978-84-8424-671-8. DOI: 10.17345/9788484246718

Il procedere della storia ospedaliera in Italia tra Settecento e fine Ottocento può apparire ad uno sguardo superficiale abbastanza lineare. In realtà, tale percorso è molto diversificato e complesso per essere la situazione politica, economica e sociale fino all'Unità di Italia (1861) frazionata in plurimi stati aventi altrettanto diversificate regolamentazioni legislative e realtà sociali, amministrative e giuridiche. Pertanto, l'approccio al contesto sanitario risente di questa parcellizzazione che produrrà differenti risultati la cui genesi ed evoluzione storica sarà, spesso, di difficile ricomposizione anche per la mancanza di comparativi fondi documentari. Questa considerazione è particolarmente valida qualora si affronti la storia dell'istituzione destinata all'alienato mentale che, pur già dalla seconda metà del Seicento con l'esempio anticipatore romano, aveva iniziato a trovare attenzione all'interno di alcune città con caratteri, tuttavia, ancora improntati a una carità di matrice medievale.

Per tutto il secolo XVII i modelli di ricovero del folle manifestano tipologie molto approssimate: alcune stanze all'interno degli ospedali generali o nelle carceri; in ospizi o 'case di reclusione' dove spesso, il soggetto, viene confuso con altre categorie invise alla società come i vagabondi, le prostitute, gli abbandonati, i poveri.

All'interno di questo variegato contesto l'Italia e la Toscana in particolare assurgeranno —per lo meno fino ai primi decenni dell'Ottocento— ad esempi trainanti per la costituzione di quel 'nuovo modello' di guardare la follia le cui origini radicano in quell'esempio romano più sopra ricordato, a sua volta, di esplicita derivazione spagnola. L'ospedale di Santa Maria della Pietà di Roma viene fondato nel 1548 per accogliere i poveri e i pellegrini in occasione del Giubileo del 1550[1] ma, ben presto, è convertito (1559-'61) in ospedale dei 'pazzerelli' poveri vaganti per la città. Questa differente destinazione d'uso si deve a tre religiosi spagnoli appartenenti alla Compagnia di Gesù, di cui il principale fautore, Don Ferrante Ruiz, proviene dalla diocesi di Siviglia dove dal 1436 esisteva un istituto esclusivamente destinato al ricovero dei pazzi, l'Hospital de San Cosme y San Damián detto anche Hospital de los Inocentes. Il Santa Maria venne a porsi sotto il protettorato di un quarto spagnolo, il ricco cardinale Bartolomeo della Cueva restando, comunque, sempre sotto l'egida della Compagnia di Gesù. Questo filo sottile ma saldo che rimanda la genesi del ricovero del

1 Roscioni, (2003: 30 e segg.); Bonella, Sibbio, (2003); Fiorino, (2004: 831 e segg).

folle in Italia —almeno per alcuni versi— agli esempi spagnoli[2] trova ovvia spiegazione nell'essere Roma simbolo della cristianità ma anche sede di una *enclave* spagnola fra le più rilevanti in Italia all'interno della quale troveranno ampio supporto gli ordini 'nuovi' —iberici appunto— dei Fatebenefratelli e della Compagnia di Gesù. L'attenzione che progressivamente coinvolgerà il folle è anche prodotto del generale 'malessere' sociale che sul finire del secolo XVI dal povero vagabondo (visto quale perturbatore dell'ordine pubblico) si dilata a comprendere anche il derelitto mentale per quel suo girovagare inconsulto per le strade fomentando il pubblico ludibrio. Su questo soggetto maturerà il comportamento ambivalente della società che la porterà da una parte, ad elargire protezione ad un personaggio considerato troppo vessato e, dall'altra, a porlo sotto la sua custodia al fine di garantire l'ordine e il decoro cittadino.

Questi presupposti dalla Spagna, attraverso Roma, giungeranno a Firenze dove produrranno primi esempi strutturali che diverranno modello di riferimento per il Granducato di Toscana e, più in generale, per il territorio italiano di fine Seicento e per il secolo successivo.[3] Il Granducato del Cinquecento, non a caso, è un ambiente a sua volta strettamente legato alla politica all'economia spagnola grazie ai rapporti intercorrenti tra la famiglia Medici, l'imperatore Carlo V e il re di Spagna, Filippo II,[4] senza dimenticare l'apporto del matrimonio di Cosimo I con Eleonora di Toledo.

## *Verso un modo nuovo di guardare la follia: da guardiano dei pazzi a custode dei pazzi*

Nel secolo XVII, si inaugurano a Firenze due strutture destinate alla sola accoglienza del folle: nel 1643 la Pia Casa di Santa Dorotea posta in una zona centrica della città e nel 1688 la Pazzeria all'interno dell'ospedale di Santa Maria Nuova.[5]

2 Dove esistevano ospedali di questo tipo già dal secolo XVI: fra i principali, Valencia (1407), Saragozza (1425), Siviglia (1436), Barcellona (1481), Toledo (1483).

3 Per la situazione nelle altre regioni italiane, Roscioni (2003:63-65 e 94-98).

4 Carlo V appoggia la famiglia Medici a riprendere il potere dopo l'interludio repubblicano (1531) mentre Filippo II concede a Cosimo I de Medici l'investitura dello Stato di Siena (1555).

5 Biotti e Magherini, 1997.

Due esperienze di matrice diversa (la prima privata,[6] la seconda pubblica[7]) entrambe fondate su tre presupposti:

1) togliere il pazzo dalle carceri e dalla generalizzata ospedalizzazione, salvaguardandolo dal pubblico scherno garantendo, nel contempo, l'ordine sociale attraverso il suo internato in ambienti ad esso destinati.

2) ospedalizzare non solo il folle povero ma anche quello abbiente (dietro pagamento di una retta);

3) avere un medico fisso con il compito di vagliare le richieste di ammissione.

L'affidare la diagnosi ad un medico (non più ad uno o più amministratori o ai fondatori delle diverse istituzioni come in genere era finora accaduto) instaura la prassi del 'dialogo' con l'ammalato attraverso cui dedurre informazioni sul suo stato. Sarà l'inizio della branca specialistica e delle prime, pur sommarie indicazioni tipologiche di malattia mentale: «pazzo, pazzerello, mentecatto, furioso».[8] Il folle, così, diventa oggetto di osservazione. E a farlo non sono medici condotti, stipendiati dal comune. Sono medici illustri: archiatri del Granduca o comunque legati all'*entourage* di corte.

L'approssimativa classificazione della malattia comporterà, a breve, il dover predisporre particolari strutture con ambienti che corrispondano alle esigenze differenziate di ricovero. Ancor più che nel Santa Dorotea —formatosi dall'accorpamento di tre case in zona centrica della città[9]— sarà la Pazzeria (destinata soprattutto ai malati poveri fino ad allora ricoverati nel carcere delle Stinche) ad evidenziare un primo modello architettonico. In area appartata —ma comunque compresa nel perimetro del complesso ospedaliero di Santa Maria Nuova— verrà organizzata su due piani aventi a piano terra sette cellette individuali affacciate su un cortile di disimpegno mentre, al primo piano, altre undici camerette con uno

6 Voluta da un religioso sarà retta da una congregazione di 12 governatori rigorosamente secolari. In un primo momento sarà destinata ai folli di qualsiasi ceto sociale. In seguito troveranno ricovero principalmente coloro che possono pagare una retta preferenzialmente uomini.

7 È sotto la giurisdizione dello 'spedalingo' dell' ospedale di Santa Maria Nuova.

8 Rappresentano i termini più comuni sebbene privi di qualsiasi riferimento ad una descrizione della malattia, Biotti e Magherini (1997: 28).

9 Zona Santa Croce, al Canto alla Mela, tra via Ghibellina e via De' Macci.

stanzone a sei letti per il ricovero dei 'tranquilli'. Per il grande successo riscosso da entrambe le istituzioni nel 1753 il Santa Dorotea viene trasferito in un vecchio convento —quello del Ceppo di via delle Torricelle— per l'occasione ristrutturato e la cui architettura esemplificherà quel concetto di ordine e decoro più sopra accennato. Una struttura a 'fortilizio' completamente inaccessibile per salvaguardare i ricoverati ma nel contempo impedire loro di disturbare i cittadini in transito nella via con eventuali schiamazzi e oscenità dalle finestre. Queste due istituzioni al di là dello *status* sociale del fondatore (privato o pubblico) ricevono l'avvallo di uno Stato che soprattutto con l'avvento della dinastia lorenese successiva a quella medicea (1737) inizierà a farsi carico del problema del folle inserendolo all'interno della politica sanitaria statale.

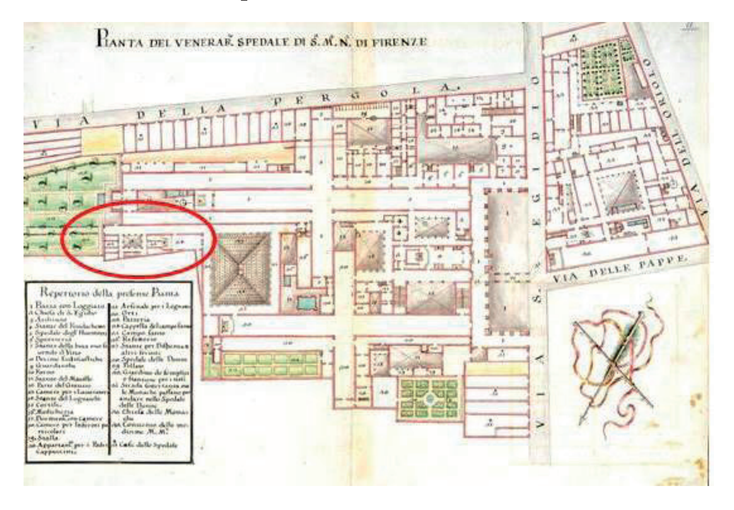



Fig. 1 – I locali della Pazzeriaretrostanti alle infermerie a croce degli ospedali maschile e femminile nella Pianta del venerabile Spedale di Santa Maria Nuova di Firenze, 1707.

Un processo abbastanza precoce che, in Toscana, si rese possibile grazie alla congiunzione di quattro felici situazioni:

1) la presenza di un ospedale come il Santa Maria Nuova di Firenze sede —forse fin dalla fine del Cinquecento (Coturri, 1958: 3-117)— di una Scuola di Chirurgia nella quale la ricerca e la sperimentazione (specialmente dal Seicento in poi) diventano elementi incontrovertibili per la formazione del giovane medico e presupposto per la codificazione delle branche specialistiche. In sintesi,

alla precoce nascita della clinica, conseguirà un modo diverso di concepire la malattia che troverà nella intensificazione quotidiana del dialogo tra medico ed ammalato la principale forma di indagine ed avanzamento scientifico. Da qui deriverà la modifica del ruolo del medico e dello spazio in cui deve esercitare la professione: attraverso la ricerca, l'osservazione, lo studio diretto sul paziente si giungerà ad una più razionale ospedalizzazione del malato;

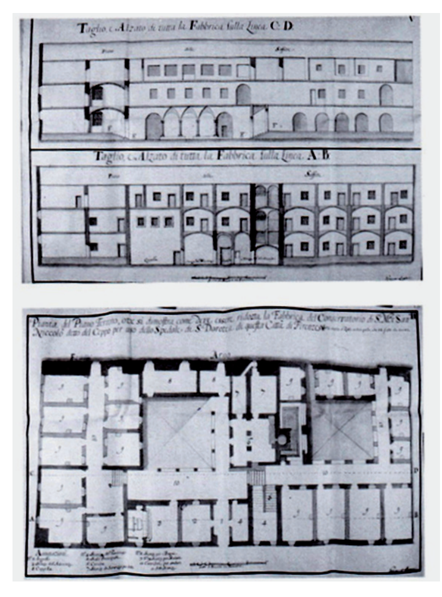



Fig. 2 – Pianta e alzato dello Spedale di Santa Dorotea de'Pazzi del 1643.

2) il veloce processo evolutivo della medicina e del ruolo del medico viene ad interessare non solo le istituzioni sanitarie della città egemone, ovvero di Firenze, ma anche ospedali più periferici;
3) la presenza di un governo illuminato che a fine Settecento sarà in grado di avviare la critica e la revisione delle istituzioni sanitarie predisponendo una rinnovata organizzazione;
4) la presenza di medici fra i quali primeggiano Antonio Cocchi (1695-1758)[10] e Vincenzo Chiarugi (1759-1820).

10 Antonio Cocchi fu medico, naturalista, particolarmente versato nelle lettere. Nel 1742 quando svolgeva attività nell'ospedale di Santa Maria Nuova fu incaricato dal granduca

Alla base di questo incalzante procedere che, in Toscana, condurrà, nel caso della malattia mentale, alla prima codificazione della disciplina, vi sono due leggi: la prima è il Motuproprio del 15 novembre 1750 emanato da Francesco di Lorena con il quale si elevava la Pia Casa di Santa Dorotea ad ospedale vero e proprio (a scapito della Pazzeria che verrà chiusa), avente l'obbligo di ricoverare tutti i malati mentali qualunque fosse la loro condizione sociale o lo stato di gravità del loro male.

La seconda è la legge sui pazzi emanata da Pietro Leopoldo di Lorena il 24 gennaio 1774 con la quale si ordina il collocamento obbligatorio a Santa Dorotea dei mentecatti fino ad allora tenuti nelle carceri. Queste due leggi marcano la presa di coscienza dell'ente pubblico nell'assumersi l'onere della gestione e della cura del folle e codificano la figura del medico quale presenza centrica della struttura. Un medico che inizia a non essere più solo preposto al ricovero ma anche alla 'cura'. La prima selezione patologica (fatuo, melanconico, furioso) condurrà alla predisposizione di una serie di tecnologie di arredo destinate al miglior contenimento dei malati.

Nel 1774 l'ospedale diventa così affollato che si prospetta ancora la necessità di edificare o di reperire altra struttura. E questa 'nuova' struttura —che poi non sarà nuova ma solo il risultato di una ennesima ristrutturazione— sarà l'ospedale di Bonifazio che dal 1785 verrà demandato a ricovero dei dementi.[11]

## *Verso la costituzione di un primo modello di architettura manicomiale: l'ospedale di Bonifazio*

Gli alienati verranno ricoverati nel settore del complesso di Bonifazio già destinato ai sifilitici occupando gli uomini il piano terra e le donne il primo piano. Per entrambi i sessi sono disponibili «[…] cento camere singole, ventilate e fornite di tutti i comodi ed utensili occorrenti, con deposito, spogliatoi e bagni, corridoio, coretto, per comodo di udir la messa e pas-

Pietro Leopoldo di fare una relazione sulla funzionalità e criticità rilevate nel nosocomio. Questa Relazione fu alla base del Regolamento e riorganizzazione apportate al nosocomio a partire dal 1783. In merito, Manelli Goggioli (1999); Diana e Geddes, (2010).

11 L'ospedale di Bonifazio viene fondato nel 1377 dal marchese Bonifazio Lupi da Soragna e in seguito ampliato mediante l'accorpamento di vari ospedaletti e conventi. I primi dementi vi entreranno nel 1788 e nella struttura troveranno ricovero anche i malati cutanei, i cronici e gli incurabili.

seggi erbosi articolate attorno a due chiostri».[12] I malati vengono divisi in classi: maniaci, melanconici, amenti e ciascuna di queste categorie ottiene diversificati trattamenti.

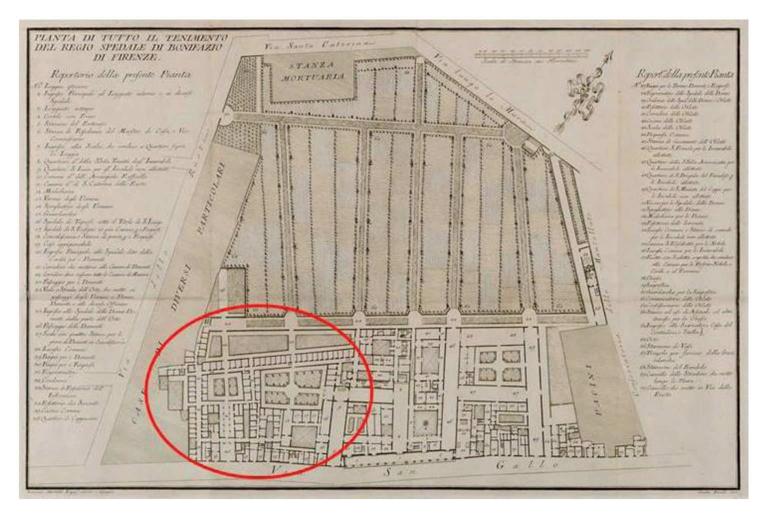



Fig. 3 – L'Ospedale dei Dementi ricavato all'interno del complesso dell'ospedale trecentesco di Bonifazio nella Pianta di tutto il tenimento dello Spedale di Bonifazio di Firenze, 1789.

A dirigere la struttura viene posto il Direttore Infermiere che sarà Vincenzo Chiarugi, un giovane medico che aveva svolto l'apprendistato nel Santa Dorotea dove aveva iniziato a teorizzare nuovi metodi di ospedalizzazione dei malati. Entrato nei favori del granduca Pietro Leopoldo di Lorena, Chiarugi a Bonifazio poté mettere in pratica i suoi programmi, ponendo le basi di malattia mentale quale risultante di un interiore dissesto morale.

Follia, dunque, come malattia degli eccessi a cui sarà necessario anteporre quel 'trattamento morale' che in questi stessi anni stanno promuovendo prima Philippe Pinel (1745-1826), e poi Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) a Parigi. Senza entrare nella questione se sia stato prima il francese o il Chiarugi ad abolire gli strumenti di contenzione del malato (fino a questo momento elementi quotidiani del suo sostare in ospedale), è interessante leggere nel *Regolamento di Bonifazio* del 1789 la

12 Diana e Geddes, 2010: 225.

seguente frase: «[…] niun ministro o professore, assistente, inserviente, o altra persona addetta allo Spedale o estranea, ardisca mai […] percuotere i dementi, dir loro ingiurie, provocarli, […] e far loro burle di alcuna sorte […]».[13] Questa direttiva parrebbe precedere, dunque, di più di dieci anni quanto Pinel esporrà nel 1801 nel suo *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*.

La regola sanitaria che Chiarugi inaugura nell'ospedale Bonifazio si basa essenzialmente sul rispetto della persona: escluse le punizioni corporali, gli strumenti di contenzione (quando non necessari), lo sfruttamento lavorativo dei degenti. Nel suo trattato *Della pazzia in genere e in ispecie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni*, pubblicato nel 1793-94 in tre volumi, Chiarugi espone una classificazione clinico-osservativa della malattia mentale, distinguendola chiaramente dalle forme di alienazione temporanee dovute ad altre patologie già conosciute.[14] Sarà sulla scia di Pinel, dei suoi successori e di Chiarugi che agli inizi dell'Ottocento si arriverà a riconoscere alla malattia mentale la curabilità. La follia verrà considerata non soltanto una malattia neuro-cerebrale ma anche il risultato di emozioni e implicazioni affettive. Da qui la teoria 'morale' basata sulla moderazione comportamentale e su progetti terapeutici che possano contenere e indirizzare le disarmonie. Regola primaria di cura per l'ammalato sarà l'ordine, l'isolamento, il lavoro coordinato: ovvero l'ergoterapia. L'ammalato verrà posto sotto la dipendenza di un uomo, il direttore dell'istituto, che per le sue qualità fisiche e morali dovrà essere il punto di riferimento, così da dominare le sue passioni indirizzandolo verso la guarigione.[15] Pertanto, anche la struttura, dovrà farsi partecipe di'a questa 'riorganizzazione' mentale dell'individuo attraverso specifici caratteri quali:

1) trovarsi l'edificio lontano dal centro cittadino;
2) essere recintato e organizzato in plurimi ambienti di ricovero corrispondenti alle varie patologie;

13 Passerini, 1853: 251.

14 Cabras, Campanini e Lippi ,1993.

15 Nel 1805 a Vincenzo Chiarugi venne affidata la prima cattedra al mondo di "Malattie Afrodisiache e Perturbazioni Intellettuali" presso l'Università di Pisa, con obbligo di tenere lezioni in Dermatologia e Malattie Mentali, dal momento che solo in seguito sarebbero state istituite cattedre simili in altre università. Dal Chiarugi ebbero origine le scuole fiorentine di Malattie Nervose, Mentali e Dermosifilopatiche. La prima cattedra di Malattie Mentali presso l'Università di Firenze venne affidata a Vincenzo Capecchi, allievo dello stesso Chiarugi.

3) essere corredato da un ampio spazio a verde da destinare al passeggio e alla coltivazione ortiva.

Il successo di questo modello sarà immediato espandendosi in tutta Italia. In Toscana, in particolare, si costituiscono, tra fine Settecento e Ottocento, altre due istituzioni:

- il Manicomio di Maggiano a Fregonaia, Lucca: nell'aprile 1770 il Ducato di Lucca viene in possesso del convento dei Canonici Lateranensi posto su una collina poco lontano dalla città. Il vincolo donativo impone di destinarlo al ricovero dei malati mentali fino ad allora rinchiusi nelle carceri.[16]
- l'Ospedale di S. Niccolò, Siena: i folli, fino al 1762 rinchiusi nelle carceri, da quest'anno vengono trasferiti in una Casa dei Pazzerelli di proprietà dell'ospedale Santa Maria della Scala. Nel 1818 si inaugura l'ospedale vero e proprio nel soppresso convento francescano di S. Niccolò, poco distante dalle mura cittadine, dove vengono ricoverati insieme alle gravide occulte e ai tignosi.[17]

### *Verso la costituzione del secondo modello architettonico: il 'villaggio manicomiale' e il declino di Bonifazio*

Con il progredire del secolo il ricovero del folle assurge non solo a luogo di cura ma anche a luogo di indagine, ricerca e sperimentazione di farmaci in sintonia con il progressivo sviluppo della pratica clinica. Ed è proprio in questo momento in cui si richiede alla struttura manicomiale una duttilità di servizi, che il modello di Bonifazio inizia a sbiadire e, con esso, quello dei tanti ospedali sorti sul suo esempio.[18]

Così, mentre in Europa già nella prima metà dell'Ottocento si fondano ospedali rispondenti alle nuove esigenze della disciplina, in Italia —per le condizioni di arretratezza economica e politica contingenti— si continua a fondare ospedali per la maggior parte ricavati da ristrutturazioni di edifici preesistenti. Pochi esempi —e sempre sorti soprattutto a fine secolo

16 Sabbatini, 2012.

17 Colucci, 2007:105-116.

18 Ne sono testimonianza le relazioni sulle visite effettuate da medici e amministratori nel corso dell'Ottocento: ad es., quella di Dupallans in Cabras, Chiti e Lippi (2006: 69 e segg.) e di Bonacossa (1840).

xix— si conformano alle cittadelle ex novo di altri ambiti europei caratterizzate da padiglioni isolati con una struttura direzionale-amministrativa centrale e contornati da ampi spazi ortivi e a giardino. L'intero complesso è ancora racchiuso entro una cinta muraria. Villaggi isolati (ma lontani non oltre i dieci chilometri dai centri urbani) preferenzialmente posti in territori campestri per consentire opportunità di lavoro ai ricoverati, e con regole ferree che sanciscono un vivere quotidiano dove l'isolamento e l'ordine comportamentale continuano ad essere visti come principali presupposti per il recupero della ragione dell'ammalato.

Nel progredire dell'Ottocento si accentuerà la concezione di microcosmo quasi del tutto autosufficiente, basato sull'isolamento territoriale, provvisto di ampi spazi non solo a verde ma da destinare ad una ospedalizzazione in crescita; con una economia autarchica grazie al lavoro degli alienati impegnati nella lavorazione delle pelli, della ceramica, dei tessuti, del legno, del ferro ed altro.[19]

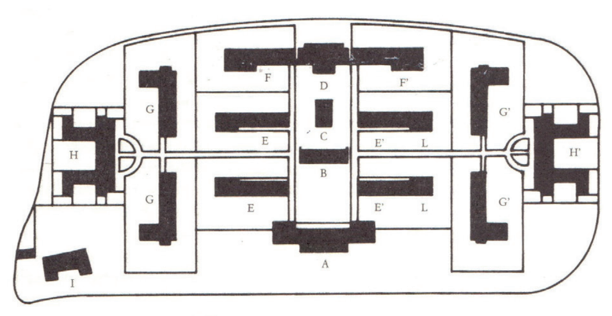
In Toscana questo modello di architettura avrà solo un tardo esempio: quello dell'ospedale psichiatrico di S. Salvi dedicato a Vincenzo Chiarugi (1890).[20] Viceversa, per tutto il secolo, ci si dedicherà ai grandi ampliamenti delle originarie strutture che si arricchiranno di padiglioni ausiliari o si realizzeranno ulteriori istituzioni da ristrutturazioni di preesistenti edifici, per lo più conventuali. A fine Ottocento sono operanti sei manicomi:[21]

- Ospedale psichiatrico Vincenzo Chiarugi a S. Salvi, Firenze: nel 1890 l'architetto Giacomo Roster (1837-1905) su specifiche indicazioni dello psichiatra Augusto Tamburini (1848-1919) edificherà un sistema a padiglioni perpendicolari ad un edificio ad asse centrale collegati tra loro da percorsi aerei.

19 Lenza, 2013a: 15-28; Doti, 2013: 29-38.

20 Lippi, 1996.

21 Karwacka e Codini, 2013: 187-211.




A. Fabbricato per la Direzione e Amministrazione.
B. Fabbricato centrale (servizi generali, cucina ecc.).
C. Fabbricato pei Generatori del vapore.
D. Chiesa e Lavanderia.

*Comparto maschile:*

E. Padiglioni Tranquilli.
F. Padiglioni Infermi e Paralitici.
G. Padiglioni Semiagitati, Sudici ed Epiletici.
H. Padiglione Agitati.
I. Pensionario.
L. Sezione Piccoli Paganti.

*Comparto femminile:*

E'. Padiglioni Tranquille.
F'. Padiglioni Inferme e Paralitiche.
G'. Padiglioni Semiagitate, Sudicie ed Epiletiche.
H'. Padiglione Agitate.
I'. Pensionario.

Fig, 4 – Planimetria del manicomio di S. Salvi di Firenze, 1891.



Fig. 5 – Immagine attuale di un padiglione restaurato dell'ex manicomio di S. Salvi: visibile il percorso aereo di collegamento.

- Ospedale psichiatrico di Maggiano a Fregonaia, Lucca: nel 1850 il nucleo originario del convento viene ampliato dall'architetto Giuseppe Pardini (1799-1884) con la costruzione di padiglioni a spina pesce a prolungamento dell'edificio storico con esedra centrale.

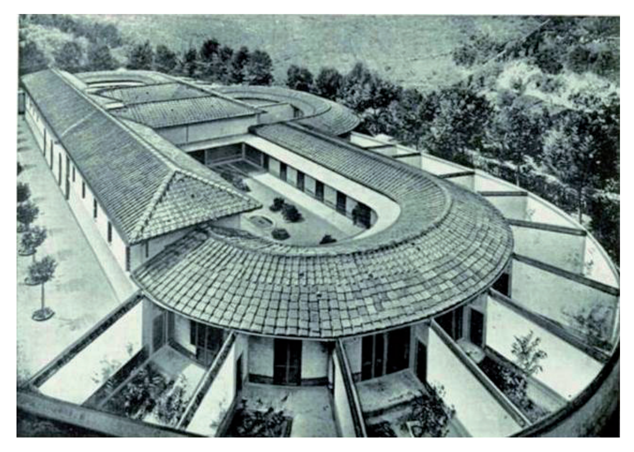


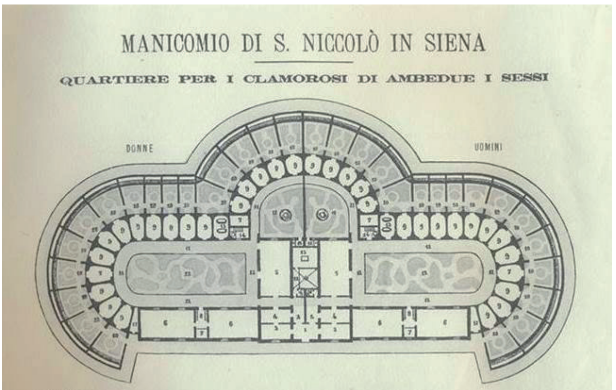
Fig. 6 – Planimetria dell'ospedale di Maggiano a Fregonia, Lucca. L'edificio centrale con esedra rappresenta il nucleo originario dell'antico convento ridotto a primo ricovero  dei folli.



Fig.7 – Ospedale di Maggiano a Fregonia, Lucca. Preesistenze di strutture conventuali  cinquecentesche.

- Ospedale psichiatrico S. Niccolò, Siena: nel 1870 la struttura originaria viene praticamente riorganizzata in villaggio dando grande rilevanza al fattore formativo e di ricerca: si crea la biblioteca ed un laboratorio farmaceutico.






Figg. 8-9 – Ospedale di S. Niccolò di Siena. Padiglione per agitati Conolly, struttura ispirata al modello panottico enfatizzato dall'architettura sanitaria del momento.

- Ville Sbertoli, Pistoia: nel 1868 lo psichiatra Agostino Sbertoli (1827-1898) acquista sulla collina di Collegigliato sovrastante la città, la villa settecentesca Franchini Taviani destinandola a ma-

nicomio a cui segue nel 1876 l'acquisto della villa limitrofa Rosati. Entrambe saranno adibite a struttura ospedaliera.[22]

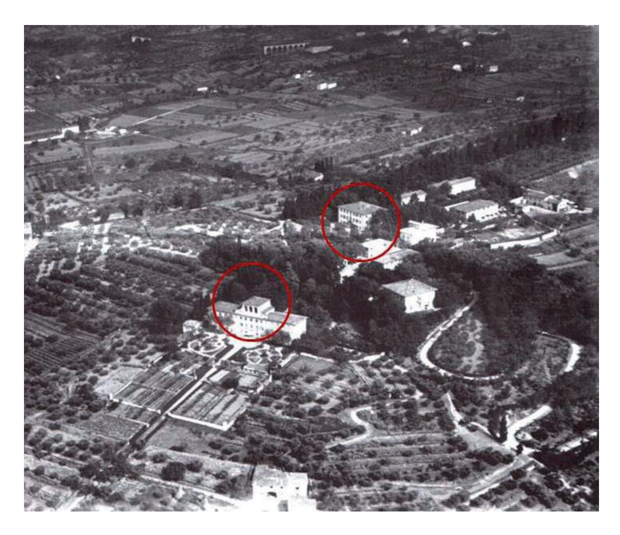


Fig. 10 – Manicomio delle Ville Sbertoli, Pistoia. Veduta aerea delle ville Franchini e Rosati sedi del manicomio fondato da Agostino Sbertoli.

- Ospedale psichiatrico S. Girolamo, Volterra: per raccogliere i malati della provincia di Pisa che il S. Niccolò di Siena non era più in grado di ricoverare, nel 1888 viene istituito l'Asilo Dementi ricavando la sede nell'ex convento di S. Girolamo. Il manicomio si realizza attraverso ripetuti ampliamenti tra il 1898, 1902 e il 1934. Forse è la struttura che maggiormente si allinea al concetto di villaggio manicomiale per la autonomia conseguita. Molti padiglioni, infatti, vennero costruiti con materiali prodotti dalle officine dell'ospedale come i mattoni, i vetri delle finestre, gli infissi e gli arredi in ferro. Venne istituito persino un ufficio postale e venne battuta una moneta ad uso interno per facilitare gli scambi tra le botteghe del complesso e l' amministrazione ospedaliera.[23]
- 

22 Ottanelli, 2013.

23 Fiorino, 2011.

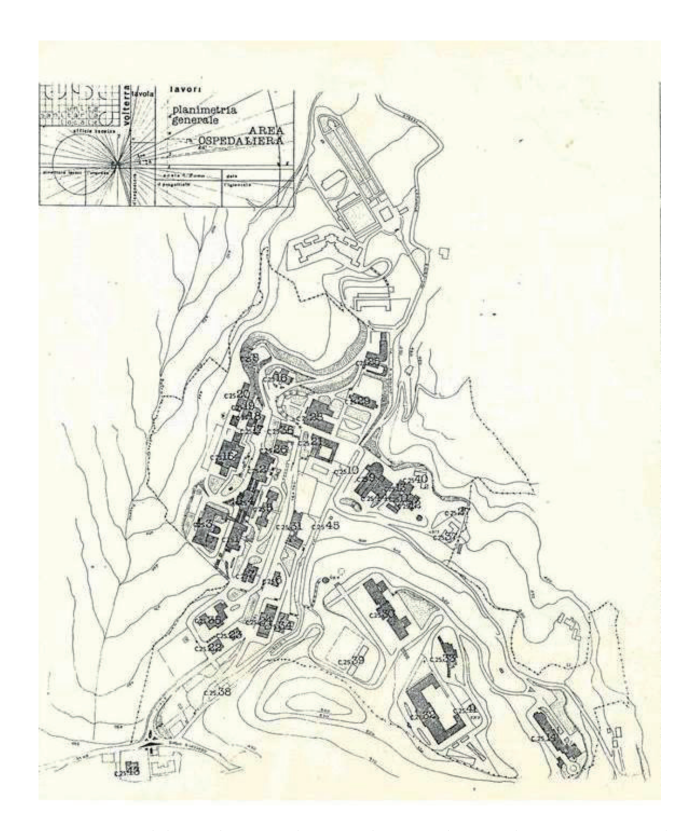



Fig. 11 – Ospedale psichiatrico di S. Girolamo, Volterra. Planimetria generale del ‘villaggio’ manicomiale, 1888.

- Manicomio di Arezzo: fino al 1868 i folli dell’area aretina venivano ricoverati nel Bonifazio di Firenze e poi nel S. Niccolò di Siena. Tuttavia, la crescente richiesta di ricoveri indusse il Comune di Arezzo nel 1895 a promuovere la costruzione di un manicomio nella vicina collina del Pionta. Il cantiere terminava nel 1901.

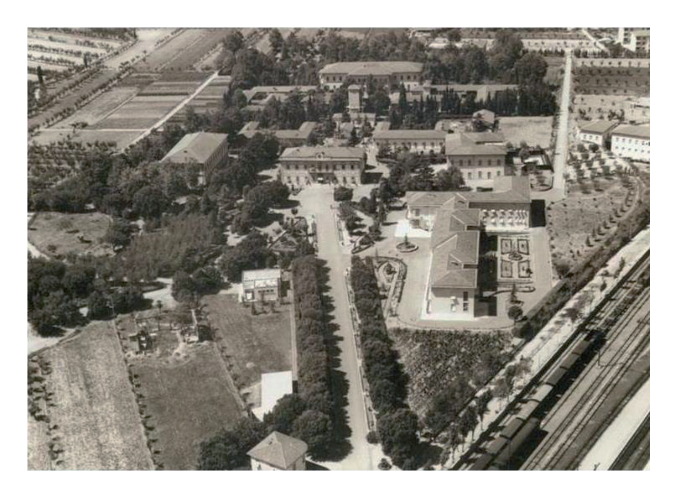


Fig. 12 – Ospedale psichiatrico di Arezzo. Veduta aerea.

### *Le strutture manicomiali oggi: conoscere per conservare e intervenire*

Le strutture ora citate restano funzionanti fino al 1978[24] quando la Legge Basaglia n. 180 decreta la progressiva dismissione della struttura manicomiale sull'intero territorio italiano a favore della 'comunità terapeutica' che, fruendo delle specificità dei nuovi farmaci che aprono alla 'regimentazione' preordinata della malattia (ameno per alcune tipologie) e dell'apporto di servizi di igiene mentale pubblica, verrà finalizzata al reinserimento dei malati nella società.

Questi grandi complessi (alcuni vantano fino a cinquanta/sessanta padiglioni dalle dimensione non inferiori ai venti/trenta metri di lunghezza) nell'arco di poco meno di trent'anni vengono, pertanto, abbandonati.

A quasi quarant'anni dalla Legge è cresciuta l'esigenza di attuare una vera e propria salvaguardia di questi complessi che nella migliore delle ipotesi sono attualmente sotto utilizzati. In alcuni casi (S. Niccolò, Arezzo) la cessione di buona parte del complesso all'Università ne ha garantito una funzionalità ed una adeguata ristrutturazione e manutenzione; negli altri

24 In realtà la definitiva chiusura dell'istituzione si protrae per ovvi problemi di destinazione dei malati. Attualmente tutti gli ospedali sono chiusi: l'ultimo è stato quello di Pistoia nel 2006.

casi è subentrato l'abbandono e il degrado che ne mina non solo l'integrità strutturale ma anche la riconoscibilità culturale in quanto molti degli archivi che ne costituiscono la storia sono stati dispersi o trasferiti altrove, con perdita del contesto originario di riferimento. Per la Toscana, in particolare, i sei complessi manicomiali dismessi sono proprietà delle aziende sanitarie fino a poco tempo fa —anni 2000— poco sensibili a concetti di valorizzazione, riuso responsabile, tutela delle fonti storiche.



Fig. 13 - Ospedale psichiatrico di S. Girolamo, Volterra. Pitture murali di ricoverati in stato di degrado.




Fig. 14 - Ospedale psichiatrico di S. Girolamo, Volterra. Interno di un padiglione abbandonato.



Fig. 15 – I 'graffiti' incisi dal ricoverato Oreste Nannetti.



Fig. 16 – Immagine di un padiglione in abbandono.

Non di meno questi complessi restano esempi di rilevanza architettonica ed urbanistica tali da sollecitare auspicabili interventi per un riuso sociale. Dovrebbero essere concepiti quali risorse da restituire alla collettività anche in vista del crescente interesse che —a livello, ad esempio, di società studentesca— inizia a coinvolgere il tema della salute mentale studiato non nella sua accezione segregativa ma quale storia della medicina e della società, temi essenziali per ricostruire l'identità culturale di un determinato contesto.

Con la loro subitanea dismissione —affidata alle amministrazioni locali inadeguate per lo più sul piano delle conoscenze storiche e delle competenze— i loro beni mobili e immobili sono stati inseriti nella ristrutturazione della rete sanitaria attuata tra gli anni Settanta/Novanta del Novecento.[25] Un processo che, per la mancanza di una programmazione funzionale e sociale, ha decretato la disgregazione complessiva del complesso manicomiale sia a livello di storia medica che culturale in senso lato. In sintesi, è andato perduto il legame tra evoluzione del concetto di malattia mentale e ricerca scientifica e tecnologica; tra progresso della branca specialistica e nuovi modelli di architettura e di arredo.[26]

### *Situazione attuale dei patrimoni documentari*

Nel 2002 la Regione Toscana ha assegnato la tutela e la valorizzazione del patrimonio storico-scientifico (sia esso archivistico-librario-artistico o strumentario) dell'istituzione sanitaria ai proprietari (in questo caso alle aziende sanitarie) innestando un processo di revisione e di riconsiderazione che potrà costituire mossa vincente sebbene le situazioni restino comunque difficili per la carenza di fondi che limitano l'avvio di progetti unitari e, soprattutto, la loro continuazione nel tempo. Tuttavia, questa presa di coscienza ha già costituito un momento di grande importanza perché si è iniziato a 'riscoprire' gli archivi e a catalogarli. Questa la situazione attuale:

- *Vincenzo Chiarugi a S. Salvi*, Firenze: proprietà Azienda Toscana Centro, distretto di Firenze. L'intero complesso è in massima parte sottoutilizzato: al suo interno hanno trovato ricetto una scuola, un asilo, una compagnia di teatro, sedi universitarie di psicologia e igiene mentale.
- Vi insiste un progetto di riutilizzo in edilizia residenziale che coinvolgerebbe il 30% del costruito; tale progetto smembrerebbe completamente l'identità della struttura, la sua storia sociale e medico-culturale.

25 Nel 1976 viene varato il primo Servizio Sanitario Nazionale con il quale i servizi sanitari vengono totalmente erogati dallo Stato attraverso la costituzione di Unità Sanitarie Locali che resteranno in vigore fino al 1994 quando verranno trasformate in Aziende Sanitarie Locali svincolate dallo Stato in quanto dipendenti dalle regioni.

26 Lenza, 2013b: 62-67; Neri, 2013: 68- 73.

- Beni librari: biblioteca dedicata a Vincenzo Chiarugi è in parte catalogata ma per alcuni fondi è ancora in corso la catalogazione promossa dal Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità;
- Beni archivistici: l'archivio amministrativo è depositato presso l'Archivio di Stato di Firenze ed è catalogato.
- Archivio delle cartelle sanitarie: le cartelle dal 1867 al 1940 sono state depositate presso l'Archivio di Stato di Firenze e nel 2016 è previsto il completamento dell'inventariazione promossa dal Centro di Documentazione. La raccolta delle cartelle dal 1941 al 2000 è invece, ancora depositata presso la struttura di S. Salvi ed attende inventariazione.
- *Istituto minorile Umberto I*: fondi archivistici completamente da inventariare.
- *Istituto minorile Bice Cammeo*: c.s.
- *Ospedale di Fregonaia a Maggiano*, Lucca: la Fondazione Mario Tobino ha preso in comodato d'uso il patrimonio storico dell'istituzione curandone la valorizzazione che è proseguita fino di recente quando per mancanza di fondi, i progetti sono stati interrotti.
- Beni librari: la biblioteca Giordano è pluridisciplinare non contemplando solo materia psichiatrica: vi sono testi di storia dell'assistenza, storia ospedaliera, farmacologia, psicologia e sociologia, anatomia. Dal 2013 è stata in parte catalogata.
- Beni strumentari: si è proceduto secondo due fasi: una di ricognizione, studio ed identificazione d'uso dell'oggetto; la seconda si è inserita nel progetto regionale di catalogazione con scheda PST del bene storico strumentale catalogando 50 strumenti. Catalogazione non terminata per mancanza di fondi.
- Beni archivistici: in deposito all'Archivio di Stato di Lucca.
- In 4 stanze è stato allestito un percorso museale con strumenti, fotografie e oggetti di uso comune in grado di trasmettere la storia e l'impatto sociale del luogo nel contesto lucchese e del suo territorio.

- *Ospedale S. Girolamo*, Volterra: proprietà Azienda Usl Nord-Ovest, distretto di Pisa. Il vasto archivio è ancora conservato all'interno del complesso ospedaliero.
- Beni archivistici: dal 2015 sono iniziati i lavori di inventariazione della parte amministrativa promossi dal Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità.
- Archivio cartelle cliniche: è in corso l'inventariazione con scheda ministeriale Arcana Mente delle prime 250 cartelle dei 1200 faldoni di cartelle sanitarie.
- *Sezione minorile di S. Girolamo*: inventariazione/catalogazione da avviare (proprietà distretto di Pisa ).
- *Sezione minorile Ricciarelli*: inventariazione/catalogazione da avviare (proprietà del Comune e della Casa di Riposo Santa Chiara). L'Ospedale è diventato famoso per i graffiti di Nannetti Oreste che ha inciso 180 metri di muro con la fibbietta del suo gilet scrivendo poesie, disegni e racconti di vicende quotidiane.
- *Ospedale S. Niccolò*, Siena: proprietà dell'Azienda Usl Sud-Est che ne ha ceduto una parte all'Università che ha restaurato gli immobili di sua competenza. Un padiglione è adibito ad archivio, altri a usi sanitari; il resto è in abbandono. Vi è un progetto di ristrutturazione del padiglione Conolly che potrebbe costituire la sede dell'archivio e del percorso museale.
- Beni archivistici: inventariazione quasi del tutto terminata: mancano appendici archivistiche di sezioni psichiatriche uomini/donne relative al periodo 1853-2000.
- *Ospedale Ville Sbertoli*, Pistoia: proprietà Azienda Toscana Centro; in abbandono senza progetto di riconversione d'uso.
- Archivio cartelle sanitarie: inventariazione completata.
- *Ospedale psichiatrico di Arezzo*: proprietà Azienda Usl Sud-Est, distretto di Arezzo e Università di Siena.
- Archivio cartelle cliniche: conservato in loco presso la palazzina dell'Orologio nel campus del Pionta. La documentazione, dopo anni di incuria, è stata riordinata dall'Università di Siena nel 1999.
- La serie principale è costituita dalle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati sia nella sezione mentale che nel padiglione neurolo-

gico. L'inventario dell'archivio è consultabile online in Carte da Legale, portale della Direzione Generale per gli Archivi promosso per salvaguardare il patrimonio archivistico degli ex ospedali psichiatrici dopo la loro definitiva chiusura e per valorizzarne il contenuto culturale sotto il profilo medico-psichiatrico e sociale. Arezzo rappresenta il progetto di tutela e valorizzazione al momento più compiutamente realizzato.

### *Progetto per un museo virtuale della storia dei luoghi e dei personaggi della psichiatria toscana*

Quello che non si può fare —o si potrebbe fare in tempi troppo lunghi— può trovare un riscontro immediato nell'applicazione digitale così da far percepire la realtà della singola istituzione psichiatrica (e il progresso della psichiatria ad essa correlato) collegandolo, comunque, alla complessiva storia regionale e nazionale.

In tale contesto, il Centro per la Storia dell'Assistenza e della Sanità di Firenze[27]si è fatto promotore di un progetto finalizzato a creare un portale di storia di ambienti e personaggi della psichiatria che in ambito toscano possa testimoniare il contributo che la Regione ha dato all'argomento in tema di:

- patrimonio architettonico ponendone in risalto la tipologia ed i modelli;
- tutela e valorizzazione del patrimonio fotografico-archivistico-documentario e strumentario inserendo la consultazione informatica per gli archivi già provvisti di inventario; viceversa per costituire input per attivare progetti su quei fondi che ancora necessitano di adeguata informatizzazione;
- formazione indirizzata soprattutto al mondo della scuola per promuovere la comprensione del percorso evolutivo della branca specialistica e, soprattutto, della crescita di considerazione verso l'alienato mentale.

27 Il Centro è una associazione ONLUS fondata nel 1998 per operare nel campo della tutela e della valorizzazione del patrimonio storico delle istituzioni sanitarie della Toscana. Dal 2007 è ente coordinatore della Regione per i progetti e le attività nel settore. Sito: <www.docsanita.net>.

Ad una parte introduttiva di inserimento dell'esperienza toscana nel contesto italiano ed europeo, seguiranno le 'pagine' dedicate a ciascuna istituzione psichiatrica i cui contenuti verteranno su:

1) L'evoluzione storico-scientifica con approfondimenti su:

- la fondazione
- i caratteri della prima assistenza elargita
- l'evoluzione strutturale
- l'evoluzione della pratica medica e terapeutica
- le figure mediche determinanti per i progressi di cura e di assistenza.

2) L'impatto socio-culturale considerato nelle sue accezioni storica e attuale dove protagoniste saranno le fonti documentarie (libri, archivi, reperti iconografici, arredi, strumenti, fotografie, graffiti e pitture eseguite dai malati) proposte secondo la loro duplice funzione informativa:

- quali elementi di ricerca, studio, conoscenza: loro consistenza e loro attuale situazione (cosa è stato fatto e cosa manca di fare); accesso online delle fonti documentarie già catalogate;
- quali testimonianze di vita quotidiana all'interno dell'ospedale: gli ambienti, gli strumenti, gli indumenti, le immagini fotografiche proposti in sequenza museale;
- per quelle strutture che già avessero ambienti musealizzati, le immagini relative ai vari percorsi porranno in evidenza il riscontro ricevuto e le attività che hanno coinvolto la società specialmente quella didattica.

Questa iniziativa potrebbe costituire un primo passo verso progetti in cui l'ex istituzione manicomiale non sia studiata come evento singolo — legata ad un determinato territorio come finora è stato— ma sia correlata all'interno di un progredire scientifico-sociale-culturale che fu unitario, nonostante le diverse aree geografiche di fondazione.

*Bibliografia*

Banzola, Matteo (2016) «I matti degli altri. Viaggi scientifici di alienisti stranieri in Italia (1820-1864)». *Storia e Futuro. Rivista di Storia e Storiografia on line* 41:1-10.

Benvenuti, Paola et Diana, Esther (2018) *Il contributo della Toscana alla storia della psichiatria. Gli archivi delle istituzioni manicomiali di Volterra*, Firenze, Siena. Firenze: Polistampa.

Biotti, Vittorio; Magherini, Mariella (1997) *'Un luogo della città per custodia de' pazzi'. Santa Dorotea dei Pazzerelli di Firenze nelle delibere della sua congregazione (1642.1754)*. Firenze: Le Lettere.

Bonacossa, Giovanni Stefano (1840) *Sullo stato de' mentecatti e degli ospedali per i medesimi in vari paesi dell'Europa. Narrazione con osservazioni critiche*. Torino: Tipografia Fratelli Favale.

Bonella Annalia; Sibbio, Roberta (2003) *L'ospedale di S. Maria della Pietà di Roma*. Roma: Dedalo, III volumi.

Cabras, Pier Luigi; Campanini, Enrica et Lippi, Donatella (1993) *Uno psichiatra prima della psichiatria. Vincenzo Chiarugi e il trattato «Della pazzia in genere e in specie» (1793-'94)*. Firenze: Scientific Press.

Cabras, Pier Luigi; Chiti, Silvia et Lippi, Donatella (a cura di) (2006) *Dupallans Joseph Guillaime Desmaisons. La Francia alla ricerca del modello e l'Italia dei manicomi nel 1840*. Firenze: Florence University Press.

Canosa, Romano (1979) *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*. Milano: Feltrinelli.

Colucci, Silvia (2007) «Il S.Niccolò di Siena da monastero a villaggio manicomiale». In: Vanozzi, Francesca (a cura di) (2007) *San Niccolò di Siena: storia di un villaggio manicomiale*. Milano: Mazzotta.

Coturri, Enrico (1958) «Le scuole ospedaliere di Chirurgia del Granducato di Toscana (secoli xvii-xix)». *Minerva Medica* 49:3-117.

Crippa, Maria Antonietta et Galliani, Pierfranco (2013) «Conoscenza, conservazione, valorizzazione degli ex ospedali psichiatrici italiani». *Territorio* 65: 60-61.

Diana, Esther et Geddes da Filicaia, Marco (a cura di) (2010) *Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e Bonifazio*. Firenze: Polistampa, nuova versione.

Doti, Gerardo (2013) «Il manicomio, la città, il territorio: un campo di elazioni transitorie». In Ajroldi, Cesare; Crippa, Maria Antonietta;

Guardamagna, Laura *et alii*(a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*. Milano: Electa.

Fiorino, Vinzia (2004) «Il manicomio di Roma Santa Maria della Pietà: il profilo istituzionale e sociale (1548-1919)». *Mélanges de Ècole Francaise de Rome. Italie et Mediterranée* 116: 831-881.

Fiorino, Vinzia (2011) *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*. Pisa: ETS.

Galzigna, Mario (1998), *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*. Padova: Marsilio.

Galzigna, Mario (a cura di) (2007) *Museo del Manicomio di S. Servolo: la follia reclusa*. Venezia: L'Arsenale.

Karwacka Codini, Ewa (2013) «Frenocomi in Toscana: aspetti ambientali e paesaggistici nella sperimentazione dello spazio manicomiale». In Ajroldi, Cesare; Crippa, Maria Antonietta; Guardamagna, Laura *et alii* (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*. Milano: Electa.

Kell, Othmar (2007) *La nascita della clinica moderna in Europa, 1750-1815. Politiche, istituzioni e dottrine*. Firenze: Polistampa.

Lenza, Cettina (2013a) «Il manicomio italiano nell'Europa dell'Ottocento. Gli esordi del dibattito e la questione dei modelli». In Ajroldi, Cesare; Crippa, Maria Antonietta; Guardamagna, Laura *et alii* (a cura di), I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento, Milano: Electa.

Lenza, Cettina (2013b) «I complessi manicomiali in Italia. Problemi storiografici e prospettive di valorizzazione». *Territorio* 65: 62-67.

Lippi, Donatella (1996) *San Salvi. Storia di un manicomio*. Firenze: Olschki.

Magherini, Graziella et Biotti, Vittorio (1992) *L'Isola delle Stinche e i percorsi della follia a Firenze nei secc. xiv-xviii*. Firenze: Ponte alle Grazie.

Mannelli Goggioli, Maria (a cura di) (2000) *Antonio Cocchi. Relazione dello Spedale di Santa Maria Nuova di Firenze*. Firenze: Le Lettere.

Neri, Maria Luisa (2013) «Complessi manicomiali del Centro Italia: conoscere per recuperare». *Territorio* 65: 68-73

Ottanelli, Andrea (2013) *Le Ville Sbertoli: da residenze signorili a casa di salute e ospedale neuropsichiatrico provinciale*. Firenze: Pacini.

Passerini, Luigi (1853) *Storia degli stabilimenti di beneficienza e di istruzione gratuita della città di Firenze*. Firenze: le Monnier.

Raimondo, Valentina (2013) «Ospedali psichiatrici e musealizzazione: i casi di Venezia e Milano». *Territorio* 65: 89-92.
Roscioni, Lisa (2003) *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*. Milano: Mondadori.
Sabbatini, Renzo (a cura di) (2012) *Dal monastero allo spedale de'pazzi. Fregionaia dal Settecento al 1808*. Lucca: Donzelli.
Scabia, Luigi (1989) *Il frenocomio S. Girolamo di Volterra*. Volterra: 1910.
Tognotti, Eugenia (a cura di) (2004) *I luoghi della cura e dell'assistenza. Ambienti, simboli e spazi architettonici*. Olbia: EDS.
Vanzan Marchini, Nelli Elena (2004) *S. Servolo e Venezia: un'isola e la sua storia*. Sommacampagna: Cierre.
Zanzottera, Ferdinando (2013) «Il destino controverso degli ospedali psichiatrici in Italia: tra riusi e abbandoni». *Territorio* 65: 81-84.

## LOS AUTORES

Josep M. Comelles es profesor emérito de Antropología Social en la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona). Ex-director del *Medical Anthropology Research Center* de la URV. Especializado en antropología médica, políticas públicas de salud, profesiones sanitarias e historia de la ciencia. Ha llevado a cabo investigaciones sobre pluralismo asistencial, historia de la medicina y de la psiquiatría y recientemente en *media studies* y educación y promoción de la salud. Correo electrónico: josepmaria.comelles@urv.cat

Antoni Conejo és llicenciat en Història de l'Art per la UdL (1995) i doctor en Història de l'Art, amb premi extraordinari, per la UB (2002). Professor associat (2002-2004), professor lector (2004-2009) i professor titular (des de 2009) d'Història de l'Art a la UB. La seva tasca docent s'ha centrat en assignatures de grau i màster sobre l'art de Roma i de l'antiguitat tardana, art medieval i, també, d'història de les arts escèniques. Les seves principals línies d'investigació són l'estudi històric, social i arquitectònic dels hospitals medievals i de la primera època moderna. Des de 1996 ha format part, de manera ininterrompuda, en diferents projectes de recerca amb finançament local i estatal, i en l'actualitat és investigador del grup de recerca «Magna Ars» de la UB i del grup de recerca consolidat «MAHPA». Alhora, des de 2011 és el coordinador científic dels «Abrils de l'Hospital», una trobada científica anual organitzada per l'Institut de Recerca en Cultures Medievals (IRCVM), del qual n'és sots-director des del 2016, al voltant de la història i l'art dels hospitals. Correu electrònic: aconejo@ub.edu

Josep Barceló-Prats (la Selva del Camp, 1981), es licenciado en Antropología Social y Cultural (2008), Máster en Antropología Médica y Salud Internacional (2010) y Doctor en Antropología (2014) por la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, además de ser también diplomado en Podología por la Universidad de Barcelona (2002) y en Enfermería por la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona (2006). Desde el año 2009, es profesor e investigador en el Departamento de Enfermería de la citada universidad tarraconense. Sus estudios giran alrededor de la historia de las institucio-

nes asistenciales, sobre todo en Cataluña, a través del análisis cultural de sus significados. En el año 2014 fue galardonado con el XLV Premio de Historia de la Medicina otorgado por la Fundación Uriach 1838 por el trabajo titulado «El proceso de fusión en la ciudad de Tarragona (1464)»; y en el 2015 fue el ganador del Premio – Beca de Investigación *Lucius Licinius Sura* del *Consell Comarcal del Tarragonès* cuyo resultado fue la publicación, en 2017, del libro *Poder local, govern i assistència pública: l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona*. Asimismo, ha publicado varios artículos y capítulos de libro en revistas y editoriales científicas vinculadas con su campo de investigación, ha intervenido en congresos y seminarios nacionales e internacionales y ha participado en proyectos de investigación de ámbito nacional. Actualmente, es miembro del grupo consolidado de investigación en Enfermería Avanzada (SGR380) y, también, del Medical Anthropology Research Center de la Universidad de Tarragona. Correo electrónico: josep.barcelo@urv.cat

Frederic Aparisi és doctor en Història per la Universitat de València i actualmente investigador Juan de la Cierva a la Universitat de Lleida. Ha publicat diversos treballs sobre la societat medieval valenciana, focalitzant la seua atenció en els sectors benestants de les comunitats rurals. Igualment, de forma individual o col·lectiva, ha editat i publicat diversos textos històrics. A més forma part de l'equip Grup Harca, amb el qual manté un bloc i ha realitzat diverses publicacions i activitats de divulgació. Correu electrònic: frederic.aparisi@icloud.com

Carmel Ferragud és professor d'història de la ciència en la Universitat de València. S'ha especialitzat en l'estudi de la medicina, humana i animal, i dels seus practicants en l'àmbit de la Corona d'Aragó medieval, a través de la documentació d'arxiu i les fonts literàries, particularment els sermons. Ha publicat diverses monografies, articles i capítols de llibre en revistes i editorials de prestigi internacional sobre aquestes temàtiques. Darrerament s'ha interessat per l'estudi de l'alquímia i l'astrologia. Correu electrònic: carmel.ferragud@uv.es

Marta Sancho i Planas és doctora en Història Medieval i màster en Arqueologia Medieval. Professora de la Universitat de Barcelona, membre fundador de l'Institut de Recerca en Cultures Medievals (IRCVM). Actualment, és editora de la revista *SVMMA, Revista de Cultures Medievals*. Ha

dirigit nombroses recerques en l'àmbit de l'arqueologia i és especialista en estudis sobre tècniques productives, evolució del territori i aprofitament de recursos a l'Alta Edat Mitjana. Correu electrònic: msancho@ub.edu

Coral Cuadrada és professora d'Historiografia, Arxivística, Història Medieval i Història de les Dones a la Universitat Rovira i Virgili (URV). És directora de l'Arxiu dels Marquesos de Santa Maria de Barberà. És investigadora del MARC (Medical Antrhopology Research Center). Coordina el màster interuniversitari *Estudis de dones, gènere i ciutadania*. Ha publicat nombrosos articles i varis llibres de temàtica de gènere i feminismes, història medieval, història de les dones i història de la medicina. Correu electrònic: coral.cuadrada@urv.cat

Clara Jáuregui (Barcelona, 1984). Licenciada en Historia por la Universidad Autónoma de Barcelona (2008). Máster en Culturas Medievales por la Universidad de Barcelona (2010). Doctorado en Culturas y Lenguas del Mundo antiguo y su pervivencia por la Universidad de Barcelona (2017). Beca de investigación en el Museo de L'Hospitalet de Llobregat (2009 y 2010). Co-autora de *The Black Death and its consequences for the Jewish community in Tàrrega: lessons from History and Archeology* (Ed. Kalamazoo, 2015). Correo electrónico: clara.jauregui@gmail.com

Pol Bridgewater és graduat en Història (2010-2014, Universitat de Barcelona), Màster en Cultures Medievals (2014-2016, Universitat de Barcelona) i alumne del Programa de Doctorat de Cultures Medievals (2016-, Universitat de Barcelona). Investigador predoctoral FI (2016-). Membre de MAHPA (Grup de Recerca en Estudis Medievals d'Art, Història, Paleografia i Arqueologia), IRCVM (Institut de Recerca en Cultures Medievals) i del projecte de recerca Paisatges Espirituals (HAR2014-52198-P). Correu electrònic: pol_bridgewater@ub.edu

Laura Daví és llicenciada en Història de l'Art per la Universitat Autònoma de Barcelona, va cursar el Màster d'Estudis Avançats en Història de l'Art a la Universitat de Barcelona. El seu interès se centra en les èpoques del Renaixement i el Barroc. Actualment és investigadora en formació a la Universitat de Girona i la seva tesi doctoral, dirigida pels Drs. Joan Bosch i Francesc Miralpeix, se centra en el romanisme a la pintura catalana de mitjans del segle xvi. Correu electrònic: laura.davi.carbonell@gmail.com

Cecilia Tasca è professore ordinario di Archivistica presso il Dipartimento di Storia, Beni Culturali e Territorio dell'Università di Cagliari. Ha curato il riordino di archivi pubblici e privati, pubblicato inventari ed edizioni di fonti e, come studiosa, si rivolge alla storia delle Istituzioni, delle opere pie e ospedali, alla storia economica e alla storia sociale, come la circolazione degli ebrei nel medioevo. Correo electrónico: tasca.cecilia@tiscali.it

Mariangela Rapetti è ricercatore a tempo determinato di archivistica all'Università di Cagliari. Si occupa di recupero e valorizzazione di fonti documentarie gli archivi ospedalieri. Tra i suoi interessi di ricerca la storia della medicina e degli ospedali, l'approccio alla malattia mentale e la storia delle Università. Correo electrónico: mariangelarapetti@gmail.com

El Grup d'Història de Nou Barris (GHNB) nació hace 20 años con la finalidad de dar a conocer la historia local de Barcelona. Su orientación es ecléctica, integrando a personas de diversa formación: Historia, Historia del Arte, Psicología, Antropología, Arqueología, etc. En su prolífica labor consta una serie de itinerarios didácticos, exposiciones, artículos y conferencias en congresos nacionales e internacionales. El manicomio de la Santa Creu (Barcelona) es uno de los muchos temas que centran su interés. Correo electrónico: gruphistorianb@gmail.com

Ciro Tarantino insegna Sociologia dei codici culturali presso il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università della Calabria. È condirettore del «CeRC - Centre Robert Castel for Governmentality and Disabilty Studies» dell'Univesrsità di Napoli «Benincasa» e della rivista *Minority Reports. Cultural Disability Studies*. Correo electrónico: ciro.tarantino@unical.it

Ciro Pizzo è Ricercatore di Sociologia presso l'Università «Suor Orsola Benincasa» di Napoli, dove insegna Sociologia generale e Modelli sociali della disabilità. Tra le sue più recenti pubblicazioni: «Différer possibilité. Logique fractctale et anatopismes sociaux». In Tarantino, Ciro e Pizzo, Ciro (ed.) (2015), *La Sociologie des possibles*. Paris: Mimesis France; «Per una fenomenologia del prender forma. L'anatopismo del dis-». In Tarantino, Ciro; Givigliano Alfredo (a cura di) (2015), *Le forme sociali*, Macerata: Quodlibet. Correo electrónico: ciro.pizzo@unisob.na.it

Elisa Alegre-Agís es estudiante de Doctorado en Antropología y Comunicación de la Universidad Rovira i Virgili, línea de investigación en Antropología Médica y Salud Global. Licenciada en Antropología Social y Cultural (2012), Máster en Antropología Médica y Salud Internacional (2014) por la URV y Diplomada en Trabajo social por la Universidad de Valencia (2009). Desde el año 2013 ha trabajado como investigadora en diferentes proyectos sobre salud mental, sistemas de atención sanitaria, drogas y adolescencia, salud sexual en colectivos LGBTI y diversidad religiosa. Correo electrónico: elisa.alegre@estudiants.urv.cat

Ilaria Cover ha ottenuto il titolo di dottorato in Antropologia all'Università Rovira i Virgili di Tarragona. Ha realizzato il suo lavoro di campo in un ospedale psichiatrico pubblico egiziano, studiando l'esperienza istituzionale di un gruppo di donne a degenza prolungata. I suoi interessi comprendono l'antropologia medica, l'etnopsichiatria, l'antropologia simbolica e l'arte come strumento di ricerca etnografica. Correo electrónico: ilaria.cover@gmail.com

Esther Diana, architetto, è direttrice del Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità e coordinatrice della Regione Toscana per i patrimoni storici delle aziende sanitarie. Si occupa della storia strutturale, patrimoniale e sociale degli ospedali tra xiv e xix secolo. Ultime pubblicazioni: *Santa Maria Nuova, ospedale dei fiorentini. Architettura ed assistenza nella Firenze tra Settecento e Novecento* (Firenze, 2012); *Le 'vasche di Leonardo' tra realtà e ipotesi/ Theories and truth behind the 'Cisterns of Leonardo* (Quaderni della Biblioteca di Medicina e Storia, 1, 2016). Correo electrónico: dianadionisio©tiscali.it




Las instituciones públicas de asistencia han tenido y continúan teniendo, desde la Edad Media, un rol fundamental y activo en la configuración del espacio urbano, social, cultural, económico y político, puesto que son piezas clave para la reproducción de la propia idea de «comunidad» o de «ciudad». Por este motivo, su estudio histórico se ha convertido en un observatorio privilegiado, por la propia naturaleza de estos establecimientos, para capturar realidades imposibles de entrever desde otros escenarios de la ciudad.

Este libro nace a partir de la celebración del V Simposio Internacional «Els Abrils de l'Hospital», cuyo *leitmotiv* fue «Historia y Etnografía Hospitalarias». El encuentro, que tuvo lugar en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona y en el Institut Pere Mata de Reus en 2016, tuvo por objeto poner en relación a estudiosos e investigadores de diferentes ámbitos y adscripciones para ayudar a visibilizar las potencialidades del estudio histórico de los hospitales haciendo porosos los límites entre la historia, las ciencias sociales y los estudios culturales.







